



GROENBOEK

over de
toegankelijkheid van
de gezondheidszorg
in België

**GROENBOEK OVER DE
TOEGANKELIJKHEID VAN
DE GEZONDHEIDSZORG IN BELGIË**



Verantwoordelijke uitgever: Hans Suijkerbuijk

© 2014, Wolters Kluwer Belgium SA

Waterloo Office Park

Drève Richelle, 161 L

B-1410 Waterloo

Tél.: 0800 14 500

www.kluwer.be

info@kluwer.be

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

ISBN 978-90-46-56879-8

D/2014/2664/543

BP/LIVERTN-BI14001

INHOUDSTAFEL

VOORWOORD

Laurette Onkelinx (Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen) en Maggie De Block (Staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding) 7

HET WOORD VAN HET RIZIV 11

Jo De Cock, Administrateur-generaal van het RIZIV

BEDANKING 13

INLEIDING TOT DE METHODOLOGIE

Michel Roland, Ingrid Pelgrims (Dokters van de Wereld) 15

LIJST MET AFKORTINGEN 17

HOOFDSTUK 1 HET BELANG VAN TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG 23

A. Gezondheidsongelijkheden en het belang van sociale invloeden op de gezondheidstoestand

Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten) en Leila Maron (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten) 25

B. Belang van de toegang tot eerstelijnszorg voor de kwaliteit van het gezondheidssysteem

Pascal Meeus (RIZIV) 35

HOOFDSTUK 2 PROBLEMEN INZAKE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG VOOR PERSONEN ZONDER VERPLICHT VERZEKERING 43

A. Personen zonder wettig verblijf, personen met een visum en Europeanen 45

1. Historiek

Sophie Damien, Sophie Bleus (Dokters van de Wereld) 46

2. Personen zonder wettig verblijf

Sophie Damien, Sophie Bleus (Dokters van de Wereld) 48

3. Personen met een visum	
<i>Sophie Damien, Sophie Bleus (Dokters van de Wereld)</i>	61
4. Europeanen	
<i>Sophie Damien, Sophie Bleus (Dokters van de Wereld)</i>	62
5. Besluit	66
6. Aanbevelingen	
<i>Dokters van de Wereld</i>	69
7. Toegang tot gezondheidszorg voor minderjarige vreemdelingen	
<i>Medewerkers van Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen,</i> <i>Ondersteuningspunt Medische Zorg Antwerpen, Kruispunt Migratie-</i> <i>Integratie en vzw Medimmigrant</i>	70
B. Asielzoekers.	75
1. Inleiding	
<i>Dokters van de Wereld</i>	75
2. De toegang tot gezondheidszorg voor asielzoekers	
<i>Estelle Spoel (Fedasil)</i>	76
3. Gesprek met Myriam Scholtès, arts in een opvangcentrum van Fedasil	80
4. De praktijk van de ‘Clinique de l’Exil’	
<i>Paul Jacques, Nouné Kara Khanian</i>	83
5. Gesprek met Mark Vanderveken, coördinerend arts bij Fedasil	93
6. De ‘no-shows’	
<i>Medewerkers van Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-</i> <i>Vlaanderen, Ondersteuningspunt Medische Zorg Antwerpen,</i> <i>Kruispunt Migratie-Integratie en vzw Medimmigrant.</i>	97
7. Besluit	102
C. Personen die niet meer in orde zijn met de mutualiteit	
<i>Ivan Dechamps (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten)</i> <i>en Eric Colle (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten)</i>	103
HOOFDSTUK 3 ANDERE DREMPELS VERBONDEN AAN DE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG	121
A. Daklozen	123
1. Toegang tot gezondheidszorg voor daklozen	
<i>Kathia Van Egmond, Ingrid Pelgrims, Stéphane Heymans</i> <i>(Dokters van de Wereld)</i>	123
2. Gesprek met Laurence Bourguignon (hoofdpsychologe), Bruno Rochet (psycholoog) en Catia Medeiros (dagverpleegkundige) bij SAMU SOCIAL	131
3. Toegankelijkheid gezondheidszorg voor straatbewoners in Brussel	
<i>Antoin Galle (asbl Diogène)</i>	136

4. Gesprek met Marie-Thérèse Reul en Coralie Guaveña van 'La Fontaine' (van de Belgische vereniging van de Orde van Malta) . . .	145
5. Gesprek met Irène Kremers, arts bij "Relais Santé" in Charleroi . . .	148
6. Samenvatting en aanbevelingen	
<i>Pierre Ryckmans (asbl Infirmiers de rue)</i>	151
B. Verslaafden	
<i>FEDITO bruxelloise-concertation bas-seuil</i>	155
C. Sekswerkers (m/v)	
<i>Espace P, Pasop, Alias en GHAPRO</i>	173
D. De problematiek van uitstel van zorg	
<i>Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten) en Leila Maron (Nationale Unie van Socialistische Mutualiteiten)</i>	189
E. De nieuwkomers	
<i>Marianne Prevost (Fédération des maisons médicales) en Nele Gerits, Jan De Maeseneer, Els Bartholomeeusen (Vereniging van wijkgezondheidscentra)</i>	211
F. Kwetsbare vrouwen en kinderen	239
1. Inleiding	
<i>Kathia Van Egmond (Dokters van de Wereld)</i>	239
2. Toegang tot informatie, screening, anticonceptie en vrijwillige zwangerschapsafbreking	243
2.1 Gezinsplanning, een vector voor de toegang tot gezondheidszorg?	
<i>Céline Orban (Fédération des Centres de Planning Familial des FPS) en Axel Raida (Fédération Laïque des Centres de Planning Familial)</i> . . .	243
2.2 Perinatale zorg aan kwetsbare vrouwen: knelpunten en aanbevelingen	
<i>Hanan Ben Abdeslam (stafmedewerker Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan)</i>	249
2.3. Gesprek met Marijke Van der Gucht en Katrijn Vangeel (Willy Peers Centrum vzw, Antwerpen)	257
3. Toegang tot pre- en postnatale zorg en opvolging van kinderen	259
3.1 De gezondheid van toekomstige moeders, pasgeborenen en zwangere vrouwen vanuit het gezichtspunt van ONE	259
3.2 Gesprek met vzw Aquarelle (<i>Michel Degueldre, Martine Vanderkam, Linda Doeraene</i>)	274
3.3 Prenatale ondersteuning van kwetsbare zwangeren	
<i>Kind en Gezin</i>	277

3.4	Gesprek met Dr. Tine Cornelissen, arts prenataal steunpunt Kind en Preventie in Antwerpen	278
3.5	Toegang tot preventieve gezinsondersteuning <i>Kind en Gezin</i>	283
4.	Begeleiding van slachtoffers van seksueel geweld	286
4.1	Vastgestelde moeilijkheden bij de toegang tot zorg voor slachtoffers van seksuele agressie <i>Catherine Hailliez (SOS VIOL)</i>	286
4.2	Gendergerelateerd en partnergeweld: bijdrage van het International Center for Reproductive Health (ICRH) <i>Ines Keygnaert, An-Sofie Van Parys en Els Leye</i>	288
4.3	Gesprek met Slachtofferhulp Brussel (<i>hulpverlener Begga Van de Velde en onthaalmedewerker, vrijwilligerscoach en medewerker meldpunt 1712 Diane Bruneel</i>)	296
G.	Geestelijke gezondheid en sociale uitsluiting <i>Sébastien Alexandre en Patricia Schmitz (SMES-B)</i>	301
HOOFDSTUK 4 VOORZIENINGEN, MAATREGELEN EN INITIATIEVEN VOOR EEN BETERE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG EN EEN BETERE GEZONDHEID		
	<i>Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten) en Leila Maron (Nationale Unie van Socialistische Mutualiteiten)</i>	323
A.	Context	325
B.	De ziektekostenverzekering	327
1.	De verhoogde tegemoetkoming	327
2.	Het OMNIO-statuu	328
3.	De sociale derdebetalersregeling	329
4.	De maximumfactuur (MAF)	330
5.	Maatregelen ten gunste van chronisch zieken	332
6.	Het Globaal Medisch Dossier (GMD)	334
7.	Wijkgezondheidscentra met forfaitair systeem	336
8.	De belangrijkste maatregelen om de prijzen en toeslagen in de sector van de gezondheidszorg te beperken	336
C.	Besluit	338
HOOFDSTUK 5 BESLUIT		
	<i>Ri De Ridder, directeur-generaal van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV</i>	341
REFERENTIES		351

VOORWOORD DOOR LAURETTE ONKELINX

Onze gezondheidszorg is één van de pijlers van de federale solidariteit. De kwaliteit van de in ons land verstrekte zorg en de toegankelijkheid ervan maken het tot één van de beste stelsels ter wereld.

Helaas wijzen vele studies erop dat we niet allen gelijk zijn als het over gezondheid gaat, zoals het jongste rapport van 2012 van de WHO over de sociale determinanten inzake gezondheid eraan heeft herinnerd: ongelijkheden bestaan, en hoe beter de sociaal-economische situatie is, des te beter is de gezondheidstoestand. Omgekeerd hebben dikwijls de kwetsbare personen de hoogste gezondheidsuitgaven.

De toegang tot de zorg wordt dan een fundamentele dimensie van het gezondheidsbeleid. Het gaat hierbij niet alleen om het medisch aanbod of ziekenhuisbedden. De zorgtoegankelijkheid laat zich ook meten op het vlak van informatie of beschikbare financiële middelen. Er komen dus socio-economische factoren tevoorschijn. Uit de onderzoeken blijkt dat het aandeel van de personen die hun medische behandeling hebben moeten uitstellen of eraan verzaken hoger ligt onder de lage inkomens dan onder de hoge inkomens.

Wat hebben we in België ondernomen om die problematiek aan te pakken? We hebben verscheidene mechanismen uitgewerkt, en die rangschikken België onder de landen die op het vlak van de zorgtoegankelijkheid het meest vernieuwen. Denken we maar aan de “maximumfactuur” die de jaarlijkse kosten voor de patiënt afhankelijk van diens inkomen beperkt.

Onder deze laatste legislatuur hebben we tevens de verhoogde tegemoetkoming hervormd, zodat de potentiële rechthebbenden proactief in kaart worden gebracht. We hebben een statuut voor de chronisch zieken ingevoerd, waardoor de ziekteverzekering beter aan hun gezondheidskosten kan tegemoetkomen. We hebben de toepassing van de sociale derdebetaleregeling voor die twee categorieën verplicht gemaakt. We hebben de prijzen van de geneesmiddelen

doen dalen en de ziekenhuisrekening verminderd door de ereloontoeslagen in de tweepersoons- en de gemeenschappelijke kamers af te schaffen.

Wanneer we echter vaststellen dat bijna één Belg op zes er wegens financiële redenen nog aan verzaakt om naar de dokter te gaan, dan moeten we erkennen dat er nog een lange weg is af te leggen.

De uitdagingen buiten het kader van de ziekteverzekering zijn al even talrijk. We stoten er soms op situaties die een democratische staat onwaardig zijn. Want zelfs indien een persoon niet verzekerd is of niet over een verblijfsrecht beschikt, dan nog heeft die het fundamentele recht op niet alleen leven, maar ook op een gezond leven. Mensen in armoede, nieuwkomers en immigranten krijgen moeilijk toegang tot de geschikte gezondheidszorg, en er is ten aanzien van hen een grotere bewustwording inzake gezondheid nodig.

Tegenover die vaststelling, kan en moet de ziekteverzekering zich proactief en solidair opstellen. Het sociaal-sanitair werk dat humanitaire organisaties als Dokters van de Wereld garanderen moet blijven overheidssteun genieten, en in het bijzonder dankzij het RIZIV-budget. Dat is precies de geest van de recente wet op de toegankelijkheid die begin dit jaar in het Parlement werd goedgekeurd.

Ik wens dat de bezinning die er op basis van dit groenboek zal gebeuren tot nieuwe monitorinstrumenten en resultaatsindicatoren kan leiden, want het probleem meten vormt al een deel van de oplossing. Dat het ons ook moge helpen om de beschikbare instrumenten te evalueren. En dat het ook een geïntegreerde aanpak op de verschillende beleidsvlakken van ons land zou kunnen voorstellen.

Ik zou u ook willen vragen om zorgzaam te zijn: de gezondheidsuitgaven wegen zwaar door in ons budget. De keuzes zijn soms moeilijk, maar we mogen de zwaksten nooit vergeten. Dat is een kwestie van ethiek, maar ook van legitimiteit, want het gaat om de fundamentele waarden van solidariteit en gelijkwaardigheid die in ons sociaal model centraal staan.

Ik hoop dus dat het groenboek dat u in uw handen houdt het vertrekpunt zal vormen van een constructief ontwikkelingsproces, dat tot concrete voorstellen zal leiden opdat, naast de teksten en de verklaringen, het recht op gezondheid voor ieder van ons een realiteit zou zijn, ongeacht onze achtergrond, onze opleiding of ons inkomen.

Laurette Onkelinx

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen

VOORWOORD DOOR MAGGIE DE BLOCK

Toegang tot de gezondheidszorg, zonder belemmeringen, vormt een centrale pijler van ons sociaalzekerheidssysteem. Het is dan ook terecht dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg toetst of ons gezondheidsstelsel op dat vlak voldoende presteert.

Een Groenboek over de toegang tot zorg en meer specifiek de eerstelijnszorg is een interessant initiatief. Zo kunnen we onder meer weten op welke wijze invulling aan de principes van goede gezondheidszorg gegeven wordt.

De zorgen die onze welvaartsmaatschappij verstrekt aan haar burgers, moeten gaan naar de mensen die er recht op hebben. Daarbij moeten we erover waken dat onze zorgen zeker gaan naar de meest kwetsbaren onder hen: de mensen die steeds vaker naast deze maatschappij dreigen te belanden zoals daklozen en alleenstaande ouders, een groep die steeds groter wordt en waar dan ook specifieke problemen ontstaan.

Een uitgebreide anamnese van hun situatie kan alleen maar verhelderend werken en leiden tot een goede diagnose en remedie mocht die aangewezen blijken.

In het Groenboek worden de verschillende situaties gebundeld; waar het goed loopt en waar er drempels zijn die het mensen bemoeilijken om aanspraak te maken op de zorgen waar ze recht op hebben.

Een dergelijke inventaris helpt ons na te denken over de problemen waarmee mensen geconfronteerd worden en kan ook inzichten geven over situaties waarover tot nu toe weinig of geen onderzoek is verricht zoals culturele barrières die mogelijk in de weg staan van de toegang tot gezondheidszorg.

Het aantal inwoners van buitenlandse oorsprong blijft bestendig groeien maar we weten weinig over hun gezondheid en medisch gebruik. De inzameling van standpunten en ervaringen van de verschillende gezondheidsactoren kan meer en beter begrip verschaffen.

Het einddoel van deze oefening moet zijn dat ons gezondheidssysteem steeds beter presteert en niemand achterlaat die recht heeft op onze zorgen. Alleen zo kunnen we verzekeren dat gezondheidszorg echt een basisrecht is voor iedereen.

Maggie De Block

Staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding

HET WOORD VAN HET RIZIV

Toegankelijkheid is een kerndoelstelling voor de gezondheidszorg. Toegankelijkheid van de zorg wordt beïnvloed door verschillende factoren en heeft verschillende dimensies. In dit boek wordt dit thema vanuit verschillende invalshoeken toegelicht. Het boek handelt over de struikelblokken in de gezondheidszorg, over de elementen die verhinderen dat mensen van wie de levensloop niet het klassieke patroon volgt gezondheidsachterstand oplopen maar vooral over de noodzaak om creatieve antwoorden te vinden, over het ontwikkelen van efficiënte strategieën die de belemmeringen aan de kant schuiven. De organisatie 'Dokters van de Wereld' beschikt op dat vlak over de noodzakelijke ervaringsdeskundigheid.

De obstakels om een echte universeel toegankelijke zorg tot stand te brengen liggen op verschillende domeinen.

In de eerste plaats zijn er de financiële aspecten. Voor mensen met een laag en karig inkomen kunnen de kosten voor gezondheidsvoorzieningen hoog oplopen en een hap uit het gezinsbudget nemen van meer dan 10 procent per maand. Ondanks alle initiatieven die reeds werden genomen (Maf, omniosta-tuut,...) blijft dit een heikel gegeven. Het veralgemenen van een systeem van sociaal derde betalende kan hier misschien soelaas brengen.

We weten evenwel dat de toegang tot de zorg ook te maken heeft met administratieve factoren. Meer dan ooit lijkt het nodig om die administratieve drempels en hindernissen af te bouwen. Formaliteiten vervullen is voor mensen die in armoede leven verre van een evidentie. Ook hier is er behoefte aan flexibele oplossingen. Het project Mediprima is terzake een grote stap voorwaarts.

Maar er zijn natuurlijk ook de culturele dimensies. De kennis en de vertrouwdeheid met de gezondheidszorg, de aanwezige gezondheidsvaardigheden, de complexiteit van de communicatie zijn stuk voor stuk onderwerpen die meer dan ooit onze aandacht verdienen.

In het kader van 50 jaar RIZIV mocht het thema van de universele toegankelijke zorg niet op de agenda ontbreken. Het is een belangrijke barometer en een cruciale maatstaf voor de beoordeling van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem.

Jo De Cock
Administrateur-Generaal van het RIZIV

BEDANKING

Mevrouw Laurette Onkelinx, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, Mevrouw Maggie De Block, Staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, De Administrateur-generaal van het RIZIV, Jo De Cock, De Voorzitter van de Dokters van de Wereld, Michel Roland, De directeur-generaal van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV, Henri De Ridder, De directeur van Dokters van de Wereld, Pierre Verbeeren, De Koning Boudewijnstichting

De leden van het Begeleidingscomité

Mickaël Daubie, Isabelle Collin (RIZIV), Stéphane Heymans, Ingrid Pelgrims, Kathia VanEgmond (Dokters van de Wereld), Kurt Gesquiere (POD Maatschappelijke Integratie), Ivan Dechamps, Leila Maron (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten), Jean-Pierre Schenkelaars, Olivier Gillis, Eric Colle, Chloe Crockart, Sigrid Vancorenland, Herve Avalosse (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), Dominique Roberfroid (KCE), Virginie Jourdan, Pierre Drielsma, Marie Langenacker (Fédération des Maisons Médicales), Nele gerits, Els Bartholomeeussen (Vereniging van wijkgezondheidscentra), Michel Mahaux (Santhéa), Julie Maenaut, Sarah Melsens, John de Maesschalck (vzw Gezondheid en Solidariteit), Ricardo Cherenti (Union des Villes et de Communes de Wallonie)

De medewerkers van het Groenboek

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (Eric Colle, Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse), Alias, Aquarelle (Michel Degueldre, Martine Vanderkam, Linda Doerane), Clinique de l'Exil (Paul Jaques, Nouné Kara Khanian), Diogenes (Laurent Demoulin, Antoine Galle), Espace P, Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan (Hanan Ben Abdeslam), Fedasil (Estelle Spoel, Mark Vanderveken, Myriam Scholtes), Fédération des centres de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes (Céline Orban), Fédération laïque des plannings familiaux (Axel Raida), Fédération des maisons médicales (Marianne Prévost, Marie Van Langenacker), Fedito Bruxelloise – Concertation Bas-seuil (Ludovic Henrard), Ghapro, RIZIV (Pascal Meeus), Straatverplegers Vzw (Pierre Ryckmans), International Center for Reproductive Health (Ines Kijngaert, An Sofie Van Parys, Els Leye), Kind en Gezin, Kind en Preventie (Tine Cornelissen), Kruispunt Migratie-Integratie (Ellen Druits), La Fontaine (Marie Thérèse Reul, Coralie Guaveia), Dokters van de Wereld (Stéphane Heymans, Kathia Van Egmond, Sophie Bleus, Sophie Damien), Medimmigrant, Ondersteuningspunt medische zorg Antwerpen, ONE (Direction médicale, Direction Etudes et Stratégies), Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost Vlaanderen, Pasop, Relais Santé de Charleroi (Irène Kremers), Samu Social (Laurence Bourguignon), SMES-B, SOS Viol (Catherine Hailliez), Slachtofferhulp Brussel (Begga Van de Velde, Diane Bruneel), Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten (Leila Maron, Ivan Dechamps), Vereniging van Wijkgezondheidscentra (Nele Gerits, Els Bartholomeeussen, Jan De Maeseneer), Willy Peers Centrum (Marijke Van Der Gucht, Katrijn Vangeel)

INLEIDING TOT DE METHOLOGIE

Michel ROLAND, voorzitter Dokters van de Wereld

Ingrid PELGRIMS, redactieverantwoordelijke voor het Groenboek

België wordt beschouwd als een land met een goede sociale bescherming en een kwalitatief gezondheidssysteem. Nochtans stellen we vast dat toegang tot gezondheidszorg voor een reeks bijzonder kwetsbare bevolkingsgroepen helemaal niet vanzelfsprekend is. Om administratieve, financiële of andere redenen zien velen van hen zich verplicht gezondheidszorg uit te stellen of af te gelasten. De personen die van gezondheidszorg verstoken blijven, zijn echter vaak degenen die ze het hardste nodig hebben. En jammer genoeg blijft hun aantal groeien...

Het eerste deel van het boek behandelt de problemen inzake toegang tot de gezondheidszorg van personen die niet onder de verplichte ziekteverzekering vallen, m.a.w. illegalen, personen met een visum, onderdanen uit andere Europese landen, asielzoekers en Belgen die niet meer in orde zijn met de mutualiteit. Het tweede deel van het boek gaat over de problemen inzake toegang tot de gezondheidszorg van een reeks specifieke bevolkingsgroepen met specifieke zorgbehoeften, zoals daklozen, sekswerkers, nieuwkomers, verslaafden enzovoort.

Door onze auteurs uit de diverse sectoren te kiezen, hebben we geprobeerd een zo representatief mogelijk beeld te geven, maar we zijn ons ervan bewust dat niet de hele sector vertegenwoordigd is. Voor sommige hoofdstukken was het niet evident om een auteur te vinden, want er is niet altijd een spilfiguur die over de problemen inzake toegang tot de gezondheidszorg kan getuigen.

Het is immers eigen aan bepaalde sectoren dat hun zorgaanbod bijzonder versnipperd is en dat ze regionaal georganiseerd zijn, met grote regionale verschillen als gevolg. De sector van de seksuele en reproductieve gezondheid is daar een sprekend voorbeeld van. Ter illustratie: we hebben bijdragen ontvangen van de twee federaties voor gezinsplanning, maar in België zijn er in totaal eigenlijk vier. Een ander voorbeeld is de prenatale opvolging en de organisatie van de preventieve gezondheidszorg voor kinderen, die in Wallonië volstrekt anders verlopen dan in Vlaanderen. Het was dan ook

moeilijk een gemeenschappelijke bijdrage van ONE en Kind en Gezin te krijgen. Afhankelijk van hun behoeften moeten vrouwen telkens weer bij andere structuren aankloppen, zoals de huisarts, de gynaecoloog, het centrum voor gezinsplanning, ONE/Kind en Gezin enzovoort. Die overvloed van actoren illustreert op zich al duidelijk de problematiek inzake toegang tot de gezondheidszorg, want de zorgprestaties zijn verspreid en de toegang tot de gezondheidsdiensten is niet gemakkelijk.

Het is niet het doel van dit boek zo uitgebreid mogelijk te zijn, het wil veeleer een algemene inventaris maken van de problematiek inzake toegang tot de gezondheidszorg in België, aan de hand van verschillende bijdragen en diverse getuigenissen. De tekst wordt levendig gemaakt door een schrijfstijl die sterk varieert van hoofdstuk tot hoofdstuk. Naast bijdragen die afkomstig zijn van studiebureaus (zoals van de mutualiteiten) vindt u ook rauwere getuigenissen die neergeschreven zijn in de vorm van gesprekken.

Een begeleidingscommissie, voornamelijk bestaande uit leden van de mutualiteiten, het RIZIV en de verenigingen, heeft het hele proces van de samenstelling van het Groenboek gevolgd. Ook werd er een leescommissie opgericht voor het nalezen en corrigeren van alle bijdragen, zowel op vorm als op inhoud.

Met dit Groenboek hebben we het debat willen openen door zowel de veldwerkers als de actoren uit de klassieke gezondheidszorg aan het woord te laten. Dit boek biedt dus een verzameling van subjectieve gezichtspunten; de aanbevelingen in elk hoofdstuk zijn enkel uit naam van hen die ze geschreven hebben. Over deze bijdragen zal gedebatteerd worden tijdens de rondetafelgesprekken die in maart 2014 worden georganiseerd en die hopelijk een reeks politieke aanbevelingen zullen opleveren. Zo hopen we tot een 'Witboek' te kunnen komen met daarin één (of meerdere) operationele strategie(ën) voor de meest kwetsbare groepen.

Dokters van de Wereld zet zich elke dag weer in om de meest kwetsbare groepen toegang tot gezondheidszorg te geven. Deze getuigenissen en de diverse ervaringen op het terrein moeten een betere gezondheidszorg voor die groepen mogelijk maken.

LIJST MET AFKORTINGEN

AH	Allocations aux personnes handicapées
AIM	Agence intermutualiste
AMU/DMH	Aide Médicale Urgente/Dringende Medische Hulp
ANMC/LCM	Alliance nationale des mutualités chrétiennes/Landsbond der christelijke mutualiteiten
AO	Assurance obligatoire
BDMS	Banque de données médico-sociales/Medisch-Sociale Gegevensbank
BIM	Bénéficiaire de l'Intervention Majorée
CAAMI/HZIV	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité/ Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitverzekering
CAAP	Coordination des Associations Actives en Prison
CAP	Commissions d'Assistance Publique
CASO	Centre d'accueil, de soins et d'orientation
CASU	Cellule d'Action Sociale Urgente (CPAS de la ville de Bruxelles/OCMW van de stad Brussel)
CEAM	Carte Européenne d'Assurance Maladie
CFWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
CGRA/CGVS	Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides/ Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en Staatlozen
CGVS/CGRA	Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en Staatlozen/Commissariat Général aux réfugiés et Apatrides
CIRE	Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers
CISP	Classification Internationale de la Santé Primaire
CLPS	Centre local de promotion de la santé
COCOF	Commission Communautaire française
CPAS/OCMW	Centre Public d'Aide Sociale/Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
CPF	Centre de Planning Familial

CRIOC/OIVO	Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs/Onderzoeks- en informatiecentrum van de verbruikersorganisaties
DCI	Dénomination commune internationale
DGGZ/SSM	Dienst voor Geestelijke Gezondheidszorg/Service de santé mentale
DIU	Dispositif Intra-utérin
DMBSH/SASLS	Dienst voor maatschappelijke begeleiding van sociale huurders/Service d'Accompagnement Social des Locataires Sociaux
DMG	Dossier Médical Global
DMH/AMU	Dringende Medische Hulp/Aide Médicale Urgente
DUDH/UVRM	Déclaration Universelle des Droits de l'Homme/ Universele Verklaring van de Rechten van de Mens
DUNE	Dépannage d'Urgence de Nuit et Echanges
DVDW/MDM	Dokters van de Wereld/Médecins Du Monde
DVZ	Dienst voor Vreemdelingenzaken
EMCDDA/OEDT	Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving/Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
ETHOS	European Typology on Homelessness and housing exclusion
EU/UE	Europese Unie/Union européenne
EVRAS	Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle/ Relationele, affectieve en seksuele voorlichting
EZVK	Europese ziekteverzekeringskaart
FARES	Fond des affections respiratoires
FCPC	Fédération des Centres de Planning et de Consultation
FCPPF	Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial
FEANTSA	Fédération européenne d'associations travaillant avec les sans-abris
FEDASIL	Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile/ Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers
FEDITO	Fédération Bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes
FLCPF	Fédération laïque des centres de planning familial
FMM	Fédération des maisons médicales
FPS	Femmes Prévoyantes Socialistes
FRA	European Union Agency For Fundamental Rights
FRB/KBS	Fondation Roi Baudouin/Koning Boudewijnstichting
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles

GACEHPA	Groupe d'Action des Centres Extra Hospitaliers Pratiquant l'Avortement
GIVB/RGPA	Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden/Revenu Garanti Aux Personnes Agées
GMD	Globaal Medisch Dossier
GRAPA/IGO	Garantie de Revenus Aux Personnes Agées/Gewaarborgd Inkomen voor Ouderen
HCDH/OHCHR	Haut-Commissariat aux droits de l'homme/Hoog Commissariaat voor Mensenrechten
HIV	Human immunodeficiency virus
HPV	Papillomavirus
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hom- mes
HZIV/CAAMI	Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitverzekering/Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
ICRH	International Centre for Reproductive Health
IGO/GRAPA	Gewaarborgd Inkomen voor Ouderen/Garantie de Revenus Aux Personnes Agées
ILA	Initiative locale d'accueil
IM	Intervention majorée
INAMI/RIZIV	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité/ Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
INASTI/RSVZ	Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants/Rijksinstituut voor de sociale verzekerin- gen der zelfstandigen
INSZ/NISS	Identificatienummer Sociale Zekerheid/Numéro d'identification à la sécurité sociale
IRCT	International Rehabilitation Council for Torture Victims
IST	Infections sexuellement transmissibles
IVG	Interruption volontaire de grossesse
KBS/FRB	Koning Boudewijnstichting/Fondation Roi Baudouin
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé/Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
KG	Kind en Gezin
KMI	Kruispunt Integratie Migratie
LCM/ANMC	Landsbond der christelijke mutualiteiten/Alliance natio- nale des mutualités chrétiennes
LGBT	Lesbiennes, gays, bisexuels et transsexuels/Lesbiennes, homo's, biseksuelen en transgenders
LOI	Lokaal Opvang Initiatief
MAF	Maximum à Facturer/Maximumfactuur

MASS	Maison d'Accueil Socio-Sanitaire de Bruxelles
MDM/DVDW	Médecins Du Monde/Dokters van de Wereld
MEM	Minorités ethniques et migrants/Migranten en etnische minderheden
MENA	Mineurs d'Age Etrangers Non Accompagnés
MME	Migrants et Minorités Ethniques
MMW	Medisch maatschappelijk werker
MR	Maison de repos
MSM	Mannen die seks hebben met mannen
MSM	Men who have sex with men
MSP/PVT	Maisons de Soins Psychiatriques/Psychiatrisch Verzorgingstehuis
MST	Maladies sexuellement transmissibles
MTF	Transgender Male to Female
NBMV	Niet-begeleide minderjarige vreemdeling
NISS/INSZ	Numéro d'identification à la sécurité sociale/ Identificatienummer Sociale Zekerheid
NVSM/UNMS	Nationaal Verbond van de Socialistische Mutualiteiten/ Union nationale des mutualités socialistes
OA	Organisme assureur
OCMW/CPAS	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn/Centre Public d'Aide Sociale/
OE	Office des Etrangers
OEDT/EMCDDA	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies/ Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving
OHCHR/HCDH	Hoog Commissariaat voor Mensenrechten/Haut-Commissariat aux droits de l'homme
OIVO/CRIOC	Onderzoeks- en informatiecentrum van de verbruikersorganisaties/Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs
OMS/WHO	Organisation Mondiale de la Santé/ Wereldgezondheidsorganisatie
ONE	Office National de l'Enfance
ONEM/RVA	Office national de l'emploi/Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening
ONSS/RSZ	Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor Sociale Zekerheid
PFG	Prestations familiales garanties

POD MI/SPP IS	Programmatorische Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie/Service Public Fédéral de Programmation Intégration sociale
PSSP	Plans stratégiques de Prévention et de Sécurité
PVT/MSP	Psychiatrisch Verzorgingstehuis/Maisons de Soins Psychiatriques
REB	Résidents en Belgique
RGPA/GIVB	Revenu Garanti Aux Personnes Agées/Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden
RIB	Residerend in België
RIS	Revenu d'intégration sociale
RIZIV/INAMI	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering/ Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
RSVZ/INASTI	Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen/ Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants
RSZ/ONSS	Rijksdienst voor Sociale Zekerheid/Office national de sécurité sociale
RVA/ONEM	Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening/Office national de l'emploi
RVV	Rechthebbende op de verhoogde (verzekerings)tegemeetkoming
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SASLS/DMBSH	Service d'Accompagnement Social des Locataires Sociaux/Dienst voor maatschappelijke begeleiding van sociale huurders
SASS	Structure d'accueil socio-sanitaire
SDF	Sans Domicile Fixe/Zonder vaste verblijfplaats
SESO	Service social de solidarité socialiste asbl/Sociale dienst van de socialistische solidariteit vzw
SETIS	Service d'Interprétariat Social
SMES-B	Santé mentale et Exclusion sociale – Belgique
SOA	Seksueel overdraagbare aandoeningen
SOI	Seksueel overdraagbare infecties
SPP IS/POD MI	Service Public Fédéral de Programmation Intégration sociale/Programmatorische Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie
SRG	Seksuele en reproductieve gezondheid
SSM/DGGZ	Service de santé mentale/Dienst voor Geestelijke Gezondheidszorg
SSMG	Société scientifique de médecine générale

SSR	Santé sexuelle et reproductive
SVPP	Strategische veiligheids- en preventieplannen
TM	Ticket Modérateur
TMS	Travailleur médico-social
TRN	Titre de Reconnaissance de la Nation
TSO	Traitement de substitution aux Opiacés
UE/EU	Union européenne/Europese Unie
ULB	Université Libre de Bruxelles
UNMS/NVSM	Union nationale des mutualités socialistes/Nationaal Verbond van de Socialistische Mutualiteiten
UVRM/ DUDH	Universele Verklaring van de Rechten van de Mens/ Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
VAD	Vereniging voor Alcohol- en Drugsproblemen
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIPO	Veufs, Invalides, Pensionnés, Orphelins
VOS	Voorschrift op stofnaam
VRAS	Vie relationnelle, affective et sexuelle
VV	Verhoogde (verzekerings)tegemoetkoming
VWGC	Vereniging voor Wijkgezondheidscentra
VWV	Vluchtelingenwerk Vlaanderen
VZA	Vrijwillige zwangerschapsafbreking
WGC	Wijkgezondheidscentrum
WHO	World Health Organisation
WHO/OMS	Wereldgezondheidsorganisatie/Organisation Mondiale de la Santé
WIGW	Weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen

HOOFDSTUK 1

HET BELANG VAN TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG

A. Gezondheidsongelijkheden en het belang van sociale invloeden op de gezondheidstoestand	25
B. Belang van de toegang tot de eerstelijnszorg voor de kwaliteit van een gezondheidssysteem.....	35

A. Gezondheidsongelijkheden en het belang van sociale invloeden op de gezondheidstoestand

Hervé AVALOSSE, Sigrid VANCORENLAND (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten) en Leila MARON (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten)

Abstract

Ondanks de sociale zekerheid en de middelen waarover onze samenleving beschikt, blijkt een 'goede gezondheid' niet voor iedereen dezelfde realiteit te zijn. Wij zijn niet gelijk ten overstaan van dood en ziekte en de ongelijkheden nemen vooral toe ten nadele van minder bedeelde bevolkingsgroepen. De oorzaken van dit verschijnsel hebben niet enkel te maken met de financiële toegankelijkheid tot verzorging en de kwaliteit ervan. Talrijke factoren zoals werkomstandigheden, huisvesting, het inkomen, de omgeving, het opleidingsniveau, ... verklaren deze ongelijkheden. Het lijkt ons dan ook belangrijk om een multidisciplinaire aanpak te organiseren voor de strijd tegen de sociale ongelijkheden om ook op deze factoren invloed uit te kunnen oefenen.

Ondanks de sociale zekerheid en de middelen waarover onze samenleving beschikt, blijkt een 'goede gezondheid' niet voor iedereen dezelfde realiteit te zijn. Wij zijn niet gelijk ten overstaan van dood en ziekte en de ongelijkheden nemen vooral toe ten nadele van minder bedeelde bevolkingsgroepen. De strijd tegen deze ongelijkheden is mogelijk. Dit veronderstelt een medewerking van alle sociale en politieke actoren, ook buiten de gezondheidssector.

1. Wat verstaat men onder gezondheidsongelijkheden?

De gezondheidsongelijkheden weerspiegelen de verhouding tussen de gezondheid en het behoren tot een sociale categorie. Ze komen tot uiting wanneer men een gezondheidsindicator plaatst tegenover een criterium van sociale structurering, een sociale ladder. Deze laatste kan diverse dimensies omvatten: het inkomensniveau, het opleidingsniveau, de socio-professionele werkzaamheid.

De uitgevoerde studies over dit onderwerp (zowel in het buitenland als in België) komen tot dezelfde vaststelling: bij een lagere sociaaleconomische positie blijkt de gezondheid achteruit te gaan en de levensverwachting te verminderen (wanneer alle andere factoren ongewijzigd blijven). Of om het, zoals Michel Roland (2008), nogal scherp uit te drukken: 'Het zijn altijd en overal steeds dezelfde die minder goed leven, die dikwijls en ernstig ziek zijn, en die het vlugst sterven.'

2. Wat is de omvang van deze ongelijkheden in België?

Een belangrijke bron van onderzoeksresultaten is de gezondheidsenquête door middel van interview (uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid in 1997, 2001, 2004 en 2008). De resultaten zijn gebaseerd op zelf gerapporteerde informatie (subjectieve gezondheidstoestand, levensstijl, gebruik van gezondheidszorgen) bij een steekproef van de Belgische bevolking (± 10.000 personen). Uit deze onderzoeken hebben BOSSUYT *et al.* (2004) kunnen afleiden dat de levensverwachting op 25-jarige leeftijd voor personen zonder diploma 3 tot 5 jaar lager ligt dan voor personen met een diploma van hoger onderwijs. Dit verschil wordt nog groter als men de 'levensverwachting in goede gezondheid' onderzoekt: de verwachting bij mannen van 25 jaar zonder diploma is dat ze nog in goede gezondheid zullen leven tot hun 53 jaar, terwijl dat 71 jaar is bij mannen van 25 jaar met een diploma hoger onderwijs. Bij vrouwen zijn diezelfde verwachtingen respectievelijk 49 en 74 jaar. Gemiddeld geeft dat dus een verschil van 18 tot 25 jaar minder in goede gezondheid voor degenen die niet de gelegenheid hebben gehad om te studeren.

In 2008 hebben de Christelijke Mutualiteiten een belangrijk onderzoek over dit thema gevoerd op basis van administratieve gegevens en gegevens over gebruik van gezondheidszorg bij al hun leden. In deze studie bestaat de sociale ladder uit vijf klassen (samengesteld volgens de aangegeven fiscale inkomsten¹ van de wijk² waarin men woont) waaronder de 4,5 miljoen leden van de Christelijke Mutualiteit werden ingedeeld. De administratieve gegevens en de gegevens over het gebruik van gezondheidszorg geven een beeld van de verscheidene gebeurtenissen die met gezondheid gerelateerd zijn waarvan dan de frequentie³ in elke klasse wordt gemeten. De vergelijking van deze frequenties tussen de laagste⁴ en de hoogste⁵ klasse geeft vervolgens een idee omtrent de omvang van de sociale verschillen op het vlak van gezondheid.

De Socialistische Mutualiteiten hebben in diverse studies eveneens de problematiek onderzocht, waarbij bijzondere aandacht werd geschonken aan personen die sociaaleconomisch kwetsbaar zijn of behoren tot een lagere sociale klasse.

1 Bron: Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie van de FOD Economie.

2 Bijna 20.000 sectoren vormen samen de 589 gemeenschappen van het Koninkrijk.

3 Met een gestandaardiseerde index voor het gewest, de leeftijd en het geslacht.

4 Personen gedomicilieerd in de statistische sectoren waarin de belastinginkomsten de *laagste* zijn.

5 Personen gedomicilieerd in de statistische sectoren waarin de mediane belastinginkomsten de *hoogste* zijn.

Hierna volgen enkele opmerkelijke resultaten uit diverse studies:

- Het risico om binnen het jaar te sterven ligt 45% hoger bij degenen die behoren tot de laagste sociale klasse in vergelijking met de hoogste, zoals blijkt uit een studie van de Christelijke Mutualiteiten. Vele mensen willen thuis sterven, maar in de realiteit is de omgeving waar men sterft, niet sociaal neutraal: thuis sterven komt 24% minder voor bij de laagste klasse. De kosten van hulp en verzorging thuis en de grotere problemen om een beroep te doen op zijn onmiddellijke omgeving of een sociaal netwerk, zijn daar niet vreemd aan.
- De meest kwetsbare bevolkingsgroepen leven niet enkel minder lang, ze worden ook frequenter geconfronteerd met ernstige ziekten en invaliditeit. De gezondheidsenquête toont aan dat 44% van de lager opgeleiden lijdt aan één of meerdere ziekten van lange duur of een handicap hebben, terwijl dat slechts 20% is bij de hoger opgeleiden. Dit wordt onder andere verklaard door het hogere tabaksgebruik en een minder gezond voedingspatroon.
- Er bestaat een sociaaleconomische gradiënt op gebied van voeding, zoals blijkt uit de gezondheidsenquête en een studie van de Socialistische Mutualiteiten (2011): gezondere voedingsgewoonten komen meer voor in de bevolkingsgroep met een hogere opleiding. Zo is het aandeel van personen die minstens twee keer per week vis eten – wat bevorderlijk is ter voorkoming van cardiovasculaire aandoeningen – groter naargelang het onderwijsniveau stijgt.
- Zich onderaan op de sociale ladder bevinden, vermindert ook de mentale gezondheid. In dat verband toont de studie van de Christelijke Mutualiteiten aan dat de laagste sociale klasse 14% meer antidepressiva neemt dan de hoogste sociale klasse. Dit resultaat sluit aan bij een studie van de Socialistische Mutualiteiten (2006), die aantoont dat een sociaaleconomisch kwetsbare persoon met een verhoogde tegemoetkoming 1,4 keer meer kans dan een gewone rechthebbende heeft dat hij antidepressiva zal nemen, dit na correctie volgens leeftijd en geslacht.⁶ Dat is ook het geval voor werklozen, waarbij het aandeel werklozen dat antidepressiva neemt, stijgt naarmate de duur van de werkloosheid stijgt. De studie van de Christelijke Mutualiteiten toont ook aan dat het verschil nog duidelijker is inzake opnames in psychiatrische afde-

6 Dit verband kan een hogere morbiditeit weerspiegelen bij sociaaleconomisch achtergestelde populaties of worden verklaard door een grotere financiële toegang tot behandeling (de behandeling met antidepressiva wordt terugbetaald door de verplichte verzekering) ten opzichte van een vaak te dure meer gespecialiseerde psychotherapie met te lange wachtlijsten.

lingen, waar de frequentie van opname twee keer hoger ligt bij personen uit de laagste sociale groep (in vergelijking met de hoogste sociale groep).

- Meer kwetsbare bevolkingsgroepen zijn ook minder betrokken bij preventie- en opsporingsprogramma's. De gezondheidsenquête toont aan dat opsporing van borstkanker en baarmoederhalskanker minder gebeurt bij vrouwen uit de laagste sociale klassen: de deelnemingsgraad van de sociaal-economisch laagste klasse is respectievelijk 13% en 42% lager dan deze van de hoogste sociale klasse. Uit recent terreinonderzoek van de Socialistische Mutualiteiten (2010-2011) is gebleken dat, hoe lager het onderwijsniveau, het beroep en de sociale groep⁷ zijn, hoe minder vrouwen zich laten onderzoeken inzake borstkanker. Op het vlak van preventieve tandverzorging bij kinderen toont een studie van de Christelijke Mutualiteiten een verschil van 36% aan (niettengestaande de positieve maatregelen van de laatste jaren).
- Het beroep doen op verzorgingsvoorzieningen en -structuren is eveneens sociaal bepaald. Hier zijn de verschillen niet zo uitgesproken, maar toch aanzienlijk.
 - Er is een verminderde neiging tot contact (van minstens één keer per jaar) met een kinesist of een huisarts bij degenen die behoren tot de laagste sociale klasse.
 - Daarentegen toont een studie van de Socialistische Mutualiteiten (2012) aan dat het Globaal Medisch Dossier (GMD) meer voorkomt bij de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (58% onder hen) en chronisch zieken (71%) dan bij de gewone rechthebbenden (53%). Deze cijfers zouden nog hoger kunnen zijn, want het openen of verlengen van een GMD kost de patiënten niets en biedt hun een effectief voordeel: een vermindering met 30% van het remgeld bij de consultaties.
 - Bij de specialisten is het de sociaal hoogste klasse die vlugger in contact zal treden (in vergelijking met lagere sociale klassen).
 - Op het vlak van het gebruik van *minder dure* geneesmiddelen (generische geneesmiddelen, geneesmiddelen waarvan de publieke prijs is verminderd tot het niveau van de overeenstemmende generische middelen) is er geen uitgesproken verschil tussen de klassen. Dat is eigenlijk positief. Men zou zich eerder verwachten aan een groter gebruik van minder

⁷ De sociale groep verwijst naar het huidige beroep van het gezinshoofd en zijn of haar opleidingsniveau.

dure geneesmiddelen bij meer kwetsbare bevolkingsgroepen. Een studie van de Socialistische Mutualiteiten (2011) toont aan dat, wanneer het minder dure geneesmiddel stelselmatig wordt voorgeschreven, de patiënten hun factuur met 25% zien verminderen. Het zijn vooral de patiënten die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, die ervan zouden genieten: hun remgeld zou met 29% verminderen (vergeleken met 24% voor gewone rechthebbenden).

- Uit de studie van de Christelijke Mutualiteiten is gebleken dat er bij het beroep doen op urgentiediensten zonder dat daar een opname op volgt – wat in 2006 tot een forfaitaire factuur⁸ leidde ten laste van de patiënten – een significant verschil was: bij de laagste sociale klasse was de frequentie 64% hoger dan bij de hoogste sociale klassen. De Socialistische Mutualiteiten (2011) hebben ook aangetoond dat in 2008 23% van de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming en 30% van de leeflo-ners naar een spoedafdeling gingen tegenover 15% van de gewone recht-hebbenden. In een spoedafdeling moet meestal geen som geld op voor-hand worden betaald, wat wel het geval is bij een huisarts. Dat moet ons aansporen om zowel na te denken over de organisatie van spoeddiensten (als toegang tot ziekenhuisverzorging) als over wachtdiensten en over de informatie aan het publiek aangaande deze verzorgingsstructuren.
- Volgens de studie van de Christelijke Mutualiteiten is de frequentie van de inschrijving in een wijkgezondheidscentrum (forfaitair gefinancierd) ten slotte 6 keer hoger bij de laagste klasse in vergelijking met de hoog-ste klasse. Volgens een studie van de Socialistische Mutualiteiten (2011) uitgevoerd per statistische sector bedraagt het aandeel van rechthebben-den op een verhoogde tegemoetkoming in de praktijken met forfaitprijs gemiddeld 36% tegenover 29% voor de geneeskunde met betaling per prestatie. Ook al is een wijkgezondheidscentrum voor iedereen toegan-kelijk, toch is het niet te verwonderen dat dergelijk centrum meer wordt bezocht door meest kwetsbare bevolkingsgroepen: de toegang tot de eerstelijnszorg (huisarts, verpleging, kinesist) is er gratis.
- De gezondheidsenquête toont ten slotte aan dat sociaaleconomisch kwets-bare personen hun verzorging vaker uitstellen omwille van financiële re-den: het betreft 18% van de personen die behoren tot de laagste sociale klasse tegenover 9% van de personen uit de hoogste sociale klasse.

8 Dit systeem werd in 2007 afgeschaft en vervangen.

3. Hoe evolueren deze ongelijkheden?

Reeds sedert 1997 zijn er gegevens beschikbaar omtrent de gezondheidstoestand, de levensstijl¹⁰ en preventie en is het dus mogelijk om een evolutie vast te stellen in de tijd. Het is echter moeilijk om een eenduidig antwoord te geven op de vraag of de gezondheidskloof verkleint, gelijk blijft of groter wordt omdat dit verschilt afhankelijk van het bestudeerde aspect.

Wat de gezondheidstoestand (subjectieve gezondheid, chronische aandoeningen, psychologische en emotionele problemen) betreft, blijft de gezondheidskloof over de jaren heen ongewijzigd. De kloof tussen laagst en hoogst geschoolden is en blijft groot, met uitzondering voor de psychologische problemen (waar het verschil nooit zo uitgesproken groot is geweest).

De enige uitzondering hierop is het overgewicht waar de kloof verkleint door een toename van overgewicht bij hooggeschoolden (terwijl dit bij laaggeschoolden stabiel blijft).

Een studie van de Koning Boudewijnstichting toont overigens aan dat de gezondheidsongelijkheden tussen de sociale categorieën – gemeten volgens de levensverwachting en de levensverwachting in goede gezondheid – de laatste jaren toenemen: de hoger geschoolden leven langer, terwijl er een stagnatie en zelfs een verlaging werd vastgesteld bij de lager geschoolden.

De opmars van gezonde voedingsgewoonten geldt voor alle opleidingsniveaus.¹¹ Hooguit kan men vaststellen dat voor sommige voedingswaren de stijging sterker is bij de laagst opgeleiden (groenten en vis), terwijl voor andere voedingswaren de stijging groter is bij de hoogst opgeleiden (fruit en brood). Hierdoor neemt de gezondheidskloof zowel toe als af, maar telkens in heel beperkte mate.

Ook de daling van het rookgedrag komt voor in alle opleidingscategorieën. Dit is een domein waar de gezondheidskloof al iets groter is, vooral bij de passieve rokers. De daling van het passief roken is meer uitgesproken bij de laagst

9 Belangrijkste bron: VANCORENLAND, 2010.

10 De levensstijl van een persoon is niet enkel het gevolg van een persoonlijke keuze, maar ook van het sociale milieu waarin die persoon is opgegroeid en leeft, alsook van de sociaaleconomische context.

11 Sinds 2004 blijkt uit de gezondheidsenquête dat het percentage mensen dat dagelijks fruit (van 50% naar 64%), groenten (van 74% naar 85%) en bruin brood (van 48% naar 54%) eet, aanzienlijk toeneemt.

opgeleiden, waar de daling van het actief roken meer uitgesproken is bij de hoogst opgeleiden. Dus ook op dit vlak is er zowel een stijging als daling van de gezondheidskloof, al is deze wijziging nog relatief beperkt.

De reeds grote gezondheidskloof voor baarmoederhalskankerscreening en voldoende beweging neemt nog verder toe. De daling van de screeningsgraad en beweging bij laaggeschoolden is hier verantwoordelijk voor.

Ook de kloof voor het tandartsbezoek neemt verder toe doordat het tandartsbezoek bij hooggeschoolden verder toeneemt, terwijl de laaggeschoolden deze tendens niet volgen.

De gezondheidskloof voor borstkankerscreening is altijd groot geweest. De screeningsgraad voor alle opleidingsniveaus neemt beduidend toe. Aangezien de screeningsgraad voor laaggeschoolden sterker toeneemt, verkleint de kloof aanzienlijk.

Voor uitstel medische zorgen is de gezondheidskloof ook altijd groot geweest. Het probleem neemt voor alle opleidingsniveaus toe, maar aangezien dit sterker het geval is voor de hoogst opgeleiden, verkleint de gezondheidskloof.

Synthese: Evolutie van de gezondheidskloof.

	Grote gezondheidskloof	Beperkte gezondheidskloof
Kloof vergroot	– Levensverwachting en levensverwachting in goede gezondheid – baarmoederhalskankerscreening – voldoende beweging – Tandartsbezoek – Gebruik psychotrope geneesmiddelen	– Voldoende fruit en brood – Passief roken
Kloof verkleint	– Borstkankerscreening – Uitstel medische zorgen – Overgewicht	– Voldoende groenten en vis – Actief roken
Kloof blijft even groot	– Subjectieve gezondheid – Chronische aandoeningen – Emotionele problemen	– Psychische problemen

4. Hoe zijn deze verschillen te verklaren?

Naarmate men de sociale ladder afdaalt, ziet men de gezondheidsindicatoren verslechteren. De oorzaken hiervan overstijgen het domein van de financiële toegang tot zorg en de kwaliteit ervan. Er werden door de wetenschappelijke literatuur twee verklaringsmodellen uitgewerkt.

4.1 Het model van de selectieve sociale mobiliteit

De sociale mobiliteit (binnen een generatie of van de ene naar de andere generatie) hangt (rechtstreeks of onrechtstreeks) af van de gezondheidstoestand. Een slechte gezondheidstoestand verhindert bijgevolg een opwaartse sociale mobiliteit en veroorzaakt een neerwaartse sociale mobiliteit. Uiteindelijk resultaat: een concentratie van personen met een slechte gezondheid binnen de laagste sociaal-economische categorieën. Dit model wordt echter niet algemeen aanvaard onder onderzoekers. Volgens WILLEMS *et al.* (2007) 'toont onderzoek aan dat er wel degelijk een neerwaartse sociale mobiliteit is als gevolg van gezondheidsproblemen (daling op de sociale ladder veroorzaakt door de ziekte) maar dat de invloed van dat mechanisme minimaal is en de gezondheidsverschillen niet kan verklaren.'

4.2 Het model van de sociale causaliteit

In dit model is de verhouding omgekeerd: de sociaaleconomische situatie beïnvloedt de gezondheidstoestand. Deze invloed is niet rechtstreeks, maar gebeurt door middel van diverse factoren:

- De **structurele factoren** houden verband met de levensomstandigheden, die zwaarder worden naarmate men de sociale ladder afdaalt. We denken hierbij aan de beschikbare middelen om te leven, de werkomstandigheden (zwaarte van het werk, mate van autonomie), de huisvesting (ruimte, hygiëne) en de omgeving (veiligheid, luchtkwaliteit). Bovendien kunnen meer kwetsbare bevolkingsgroepen ook minder beroep doen op hun sociaal netwerk in geval van moeilijkheden en hebben zij meestal minder autonomie en controle over hun sociaal en beroepsleven. Al deze elementen veroorzaken stress en angstgevoelens.
- De **culturele factoren** betreffen de levensstijl, het gedrag en de gewoonten die de gezondheid beïnvloeden. De meest kwetsbare bevolkingsgroepen roken meer en sedert langere tijd, eten minder fruit en groenten, kampen meer met overgewicht, enz. Een moeilijker toegang tot en begrip van de informatie betreffende goede gezondheidsgewoonten en/of een minder

open houding daartegenover zijn de oorzaak van deze gedragsverschillen. We benadrukken nogmaals: houdingen, gedragingen, waarden, culturele gebruiken zijn niet enkel het resultaat van de vrije wil, maar worden vooral beïnvloed door de sociale context waarin men leeft.

5. Hoe de sociale gezondheidsongelijkheden verminderen?

Binnen het gezondheidszorgsysteem zijn er talrijke actiemogelijkheden: preventie en opvoeding op het vlak van gezondheid, vereenvoudiging van administratieve procedures en optimalisering van rechten (verhoogde tegemoetkoming, OMNIO, chronische ziekten, ...), betere informatie betreffende de structuren en de voorzieningen die de financiële toegankelijkheid tot verzorging bevorderen. Deze laatste zijn talrijk en nog dikwijls ongekend of slecht begrepen.

Zo bracht het OIVO (Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties) bijvoorbeeld in 2008 naar voren: 'de consumenten uit lagere en gemiddelde sociale groepen verklaren minder vaak dat ze de generische geneesmiddelen kennen in vergelijking met hogere sociale groepen. Doorgaans staan de consumenten van lagere sociale groepen meer weigerachtig tegenover generische geneesmiddelen. Ze betwijfelen het effect ervan, stellen zich vragen bij de prijs, de samenstelling, de mogelijkheid om eraan te geraken en het nemen ervan.' Volgens dezelfde gedachtegang is er een ongelijke verspreiding van het GMD volgens de gewesten: in vergelijking met Vlaanderen is het GMD veel minder aanwezig in Wallonië en Brussel.¹²

We moeten echter niet geloven dat het gezondheidssysteem de enige oorzaak is. De gezondheidsongelijkheden onthullen de andere sociale ongelijkheden in onze samenleving. Om deze ongelijkheden weg te werken, zal bijgevolg tegelijk moeten worden gewerkt op diverse domeinen en sectoren buiten de gezondheid (werkgelegenheid, inkomsten, huisvesting, onderwijs, materiële en sociale omgeving). Het gaat voor de openbare besturen (zowel op federaal vlak als op het vlak van gemeenschappen en gewesten) om het uitwerken van een multidisciplinaire politiek ten bate van de gezondheid voor allen door een globale gezondheidsaanpak te bewerkstelligen. Deze aanpak zou stelselmatig verwezenlijkt moeten worden in de politiek en de acties inzake werkgelegenheid, huisvesting, onderwijs, enz. en dat op een georganiseerde geïntegreerde wijze.

12 Voor het geheel van leden van het Christelijk Ziekenfonds is het aantal leden met een GMD op 31 december 2008: Vlaanderen: 69%, Wallonië: 34%, Brussel 30%. Bij het Socialistische Ziekenfonds bedroeg het aantal leden met een GMD op 31 december 2011 70% in Vlaanderen tegenover 43% in Wallonië en 40% in Brussel.

Alle machtsniveaus in ons land, de sociale partners en de burgerlijke maatschappij zijn dus betrokken partijen. Dit was eveneens de hoofdboodschap van het werk dat in 2007 werd verwezenlijkt door de Koning Boudewijnstichting.

En dat heeft niets utopisch. Landen zoals Groot-Brittannië, Nederland en Zweden hebben een globaal multidisciplinair plan opgezet van gecoördineerde actie van strijd tegen de ongelijkheden inzake gezondheid. Wij kunnen ons op deze ervaringen inspireren. België beschikt zeker over de middelen en deskundigheden om een dergelijk programma uit te bouwen. Het is tijd om te handelen.

B. Belang van de toegang tot de eerstelijnszorg voor de kwaliteit van een gezondheidssysteem

Dr. Pascal MEEUS (RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie RDQ)

Abstract

In juni 2008 hebben de ministers van Volksgezondheid van de 53 Europese landen die deel uitmaken van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) het “Handvest van Tallinn over gezondheidssystemen voor gezondheid en welvaart” ondertekend. Dat handvest houdt een specifieke verbintenis in die betrekking heeft op de performantie van de gezondheidssystemen. Tot dusver heeft België twee rapporten over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem gepubliceerd. Om die performantie te evalueren, heeft men geprobeerd 5 pijlers te onderzoeken: de toegankelijkheid, de kwaliteit, de efficiëntie, de duurzaamheid en de billijkheid. In dit artikel lichten we twee problematieken toe. In het deel over de financiële toegankelijkheid wordt aangetoond dat het aantal gezinnen dat zich genoodzaakt ziet om bepaalde gezondheidszorg uit te stellen sinds het einde van de jaren 90 toeneemt. In het deel over de dekking van de gezondheidszorg blijkt dat de beschermingsmechanismen van de ziekteverzekering, ondanks de universele en verplichte dekking van de ziekteverzekering, niet altijd volstaan om de barrières die de toegang tot de gezondheidszorg versperren, op te heffen.

1. Inleiding

Toegankelijkheid wordt gedefinieerd als de mate waarin patiënten gemakkelijk toegang hebben tot de gezondheidsdiensten in termen van fysieke toegang (geografische verspreiding), kosten, tijd en beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel. In dit artikel zullen we in het bijzonder de financiële toegankelijkheid en de dekking van de zorg uiteenzetten.

De staat verdedigt een fundamenteel billijkheidsbeginsel door een universeel en verplicht ziekteverzekeringssysteem aan te bieden, waarmee elke burger zich tegen ziekte en de daaraan verbonden gevolgen kan beschermen.

Overeenkomstig dat billijkheidsbeginsel levert elkeen afhankelijk van zijn of haar inkomen een bijdrage en ontvangt hij/zij daarvoor verzorging naar behoeften. In theorie mag de toegang tot de gezondheidszorg geen – op zijn minst geen financieel – obstakel voor de burger vormen.

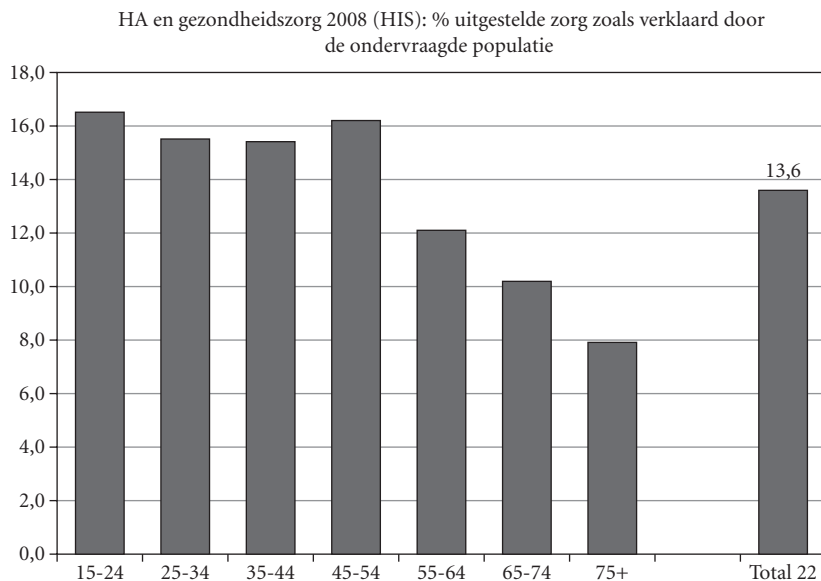
Is dat het geval in het België van de 21e eeuw? Als dat inderdaad zo is, dan zouden we geen verschillen mogen vaststellen met betrekking tot het aantal keren dat de burgers een beroep doen op de gezondheidsdiensten en wat de toegankelijkheid van de zorg en bepaalde vormen van tenlasteneming betreft.

Toch wijzen meerdere signalen erop dat dit niet altijd het geval is.

2. Financiële toegankelijkheid

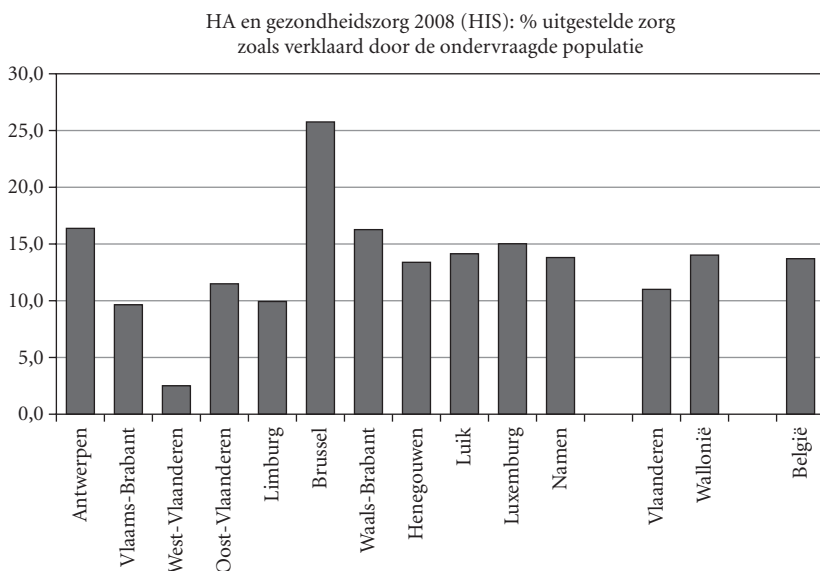
Volgens de gezondheidsenquête die in 2008 door middel van interviews door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid werd georganiseerd, geeft 1 op de 7 personen toe dat ze hun medische consultatie om financiële redenen hebben uitgesteld. Die cijfers liggen hoger bij jongeren dan bij ouderen (55-plussers).

Grafiek 1: Percentage personen die zorg hebben uitgesteld (per ondervraagde persoon, per leeftijdscategorie – HIS 2008).



De gezondheidsenquête heeft eveneens regionale verschillen aan het licht gebracht. Zo wordt in Brussel 25% van de verzorging uitgesteld, wat bijzonder hoog is in vergelijking met de andere Belgische provincies.

Grafiek 2: Percentage personen die zorg hebben uitgesteld (per ondervraagde persoon, per provincie en per Gewest – HIS 2008).



Dat grote verschil kan geenszins worden verklaard door het ruime zorgaanbod waarvoor Brussel bekendstaat.

3. Dekking van de zorg

In het recente rapport over de prestatie van het gezondheidssysteem (KCE 2012¹³) werd de nadruk gelegd op de talrijke ongelijkheden op het vlak van preventie of dekking van de zorg. Die ongelijkheden worden samengevat

13 F. VRIJENS, F. RENARD, P. JONCKHEER, K. VAN DEN HEEDÉ, A. DESOMER, C. VAN DE VOORDE, D. WALCKIERS, C. DUBOIS, C. CAMBERLIN, J. VLAYEN, H. VAN OYEN, C. LÉONARDEN P. MEEUS, *De prestatie van het Belgische gezondheidssysteem Rapport 2012. Health Services Research (HSR)*, Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2012, KCE Report 196A. D/2012/10.273/111.

in tabel 1, waarin de resultaten van enkele indicatoren op basis van de sociale klasse worden voorgesteld. *“De voornaamste sociaaleconomische ongelijkheden werden vastgesteld op het vlak van de algemene gezondheid (levens- en gezondheidsverwachting, zelfrapportage gezondheid). Die resultaten wijzen op ongelijkheden in de keten van gezondheidsdeterminanten. Ongelijkheden werden ook vastgesteld bij talrijke indicatoren op het vlak van ‘gezondheidspromotie’ (roken, overgewicht, onevenwichtige voeding, te weinig lichaamsbeweging en sociale steun). Er werden ook ongelijkheden vastgesteld in de dimensie ‘toegankelijkheid’”.*

In het KCE-rapport wordt echter slechts een tipje van de sluier opgelicht, want niet alle indicatoren konden voor alle gewenste ongelijkheden worden gemeten. Bovendien werden de ongelijkheden uitsluitend volgens bepaalde criteria gemeten, zo werd de sociaaleconomische situatie slechts in het licht van één enkel kenmerk geanalyseerd: het opleidingsniveau (voor de indicatoren die door het HIS zijn verstrekt) of de verhoogde tegemoetkoming (rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming) voor de administratieve databanken. Andere dimensies van sociale ongelijkheid, zoals de professionele status, het inkomen of de etnische origine konden niet in dit rapport worden bestudeerd.

Kan die ongelijkheid naargelang van de sociale klasse aan een slechte dekking van de verzekerden worden gekoppeld? Op het eerste gezicht is dat niet het geval, omdat elke Belg door de Belgische ziekteverzekering wordt gedekt. Is de factuur voor de verstrekte verzorging misschien te hoog? Om het aantal misbruiken te beperken, wordt er via het remgeld een directe bijdrage van de patiënt gevraagd. Dat zou misschien het aantal gevallen van uitgestelde zorg kunnen verklaren? Die directe bijdrage is evenwel op de sociale toestand van de verzekerde gebaseerd (RVV-statuuut, rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming) of wordt gedeeltelijk terugbetaald als de totale kosten te hoog oplopen (maximumfactuur – MAF). Volstaan die factoren om een eventuele financiële barrière op te heffen?

Volgens tabel 2, die het percentage verzekerden zonder enig contact met de gezondheidsdiensten weergeeft, lijkt het antwoord op die vraag op het eerste gezicht positief, aangezien er een veelvuldiger gebruik van de diensten wordt vastgesteld bij die risicogroepen (chronisch zieke patiënten, rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming of maximumfactuur). Zoals in tabel 3 wordt aangegeven, hebben die groepen een kleiner aandeel in de gezondheidsuitgaven. Het aandeel van het remgeld bedraagt bijvoorbeeld 4% bij de

patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, tegenover 12% voor de overige verzekerden.

Bestaat er misschien nog een andere financiële barrière? De eindafrekening kan, ondanks een betrekkelijk lager remgeld, toch hoog oplopen (bijvoorbeeld tot gemiddeld 657 euro per jaar in een rustoord (RO+)), zoals in tabel 3 wordt vermeld. Om dat verschijnsel tegen te gaan, heeft de ziekteverzekering het systeem van de maximumfactuur (MAF) ingevoerd, dat een bijkomende bescherming biedt. Dankzij dat systeem kan de totaalfactuur van de patiënten immers worden verlaagd, meer bepaald indien hun kosten te hoog oplopen in verhouding tot hun inkomen.

Kortom, dankzij de universele en verplichte dekking van de ziekteverzekering wordt in de eerste plaats de burger beschermd en wordt in theorie de toegang tot de zorg voor iedereen gegarandeerd. De vastgestelde ongelijkheden manen ons echter aan om geen overhaaste conclusies te trekken. Er blijken immers nog andere factoren te zijn die een obstakel voor de gezondheidszorg vormen en de beschermingsmechanismen van de ziekteverzekering volstaan niet om die op te heffen. Het zou misschien beter zijn om meer oog te hebben voor groepen die zich helemaal onderaan de ladder bevinden, teneinde bepaalde sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid weg te werken.

Tabel 1: Overzichtstabel van de sociaaleconomische ongelijkheden (KCE 2012).

	Totale waarde	Waarde in laagste sociale groep	Waarde in hoogste sociale groep	Absoluut verschil (laagste vs. hoogste)	Relatief risico (laagste vs. hoogste)
Algemene gezondheidstoestand					
Levensverwachting op 25 jaar bij mannen, 2001 ^{i,ii}	51.38	47.56	55.03	-7.47	n.v.t.
Levensverwachting op 25 jaar bij vrouwen, 2001 ^{i,ii}	57.09	53.98	59.9	-5.92	n.v.t.
Levensverwachting in goede gezondheid op 25 jaar bij mannen, 2001 ^{i,ii}	40.47	27.75	46.33	-18.58	n.v.t.
Levensverwachting in goede gezondheid op 25 jaar bij vrouwen, 2001 ^{i,ii}	40.42	28.92	47.1	-18.18	n.v.t.
% van de bevolking (leeftijd 15 jaar en ouder) die hun gezondheid als goed of zeer goed beoordelen ⁱⁱⁱ	76.8%	57.4%	85.7%	-28.3%	0.67
Toegankelijkheid van zorg					
Uitgestelde contacten met gezondheidszorgdiensten om financiële redenen (% huishoudens) ^{iv}	14.0%	27.0%	4.0%	23.0%	6.75
Borstkankerscreening (% vrouwen in de leeftijd van 50-69 jaar) ^v	60.1%	48.6%	62.9%	-14.3%	0.77
Baarmoederhalskankerscreening (% vrouwen in de leeftijd van 25-64 jaar) ^v	61.8%	48.9%	64.2%	-15.3%	0.76
Aangepastheid					

% volwassen diabetici die aangepaste zorg krijgen (regelmatige onderzoeken van de retina en bloedonderzoeken) ^v	54.0%	48.0%	58.0%	-10.0%	0.83
Gezondheidspromotie					
% van de populatie (leeftijd 15 jaar en ouder) dat vermeldt dat hij/zij dagelijks rookt ⁱⁱⁱ	20.5%	22.0%	13.1%	8.9%	1.68
% van de populatie (leeftijd 15 jaar en ouder) dat een slechte sociale steun meldt ⁱⁱⁱ	15.5%	24.4%	10.1%	14.3%	2.42
% van de volwassen populatie dat wordt beschouwd als obesees (BMI ≥ 30) ⁱⁱⁱ	13.8%	19.2%	9.1%	10.1%	2.11
% van de volwassen populatie dat wordt beschouwd als zwaarlijvig of obesees (BMI ≥ 25) ⁱⁱⁱ	46.9%	57.8%	40.0%	17.8%	1.45
% van de populatie dat meldt dat ze minstens 2 stukken fruit en 200g groenten per dag eten ⁱⁱⁱ	26.0%	21.7%	29.4%	-7.7%	0.74
% van de populatie dat meldt dat ze minstens 30 minuten lichaamsbeweging per dag heeft ⁱⁱⁱ	38.1%	24.0%	42.8%	-18.8%	0.56

ⁱ in jaren; ⁱⁱ 5 opleidingsniveaus; ⁱⁱⁱ 4 opleidingsniveaus; ^{iv} 5 inkomensniveaus; ^v 2 terugbetalingscategorieën; de percentages zijn niet aan de leeftijd aangepast

Tabel 2: Consumptie van de ambulante zorg per categorie van verzekerde in 2008 (Permanente steekproef).

Indicator	Ambulant gebruik					
	Chronische		Categorie van verzekerde		Categorie van verzekerde	
	Nee	Ja	VT-	VT+	MAF-	MAF+
Aantal verzekerden	236.720	14.712	220.213	31.219	228.672	22.760
% verzekerden zonder contact	13%	4%	13%	8%	14%	1%

Tabel 3: Gezondheidsuitgaven en remgeld per categorie van verzekerde in 2008 vóór de toepassing van de MAF.

Gezondheidsuitgaven/patiënt						
Indicator	2008	Chronische		VT-	VT+	RO+
		Nee	Ja			
Gemiddelde kost van zorg/patiënt	1.628 €	1.084	9.564 €	1.306 €	3.774 €	14.686 €
Waaronder remgeld/patiënt	143 €	124 €	414€	148 €	110€	404 €
% Remgeld	8%	10%	4%	10%	3%	3%
Gemiddelde kost geneesmiddelen/patiënt	359 €	297 €	1.263 €	305 €	720 €	1.365 €
waaronder remgeld	67 €	60 €	169€	63 €	98 €	254 €
% Remgeld	16%	17%	12%	17%	12%	16%
Gemiddelde totale kost	1.987 €	1.381 €	10.827 €	1.611 €	4.494 €	16.051 €
Waaronder remgeld	210 €	185 €	583 €	211 €	208 €	657 €
% Remgeld	10%	12%	5%	12%	4%	4%

HOOFDSTUK 2
PROBLEMEN INZAKE TOEGANG TOT
GEZONDHEIDSZORG VOOR PERSONEN
ZONDER VERPLICHTE VERZEKERING

A. Personen zonder wettig verblijf, personen met een visum en
Europeanen 45

B. Asielzoekers 75

C. Personen die niet meer in orde zijn met de mutualiteit 103

A. Personen zonder wettig verblijf, personen met een visum en Europeanen

Sophie BLEUS en Sophie DAMIEN, sociaal assistenten bij Dokters van de Wereld

Abstract

Personen zonder wettig verblijf hebben wettelijk toegang tot de gezondheidszorg dankzij het koninklijk besluit 'Dringende Medische Hulp' (DMH) van 1996, maar er zijn talrijke storende factoren in de verscheidene stadia van de procedure die leiden tot onzekerheid, ongelijkheid en uitsluiting. Onder deze hindernissen vallen schrik om zich tot een openbare dienst te wenden, de te lange perioden om de DMH te verkrijgen, het probleem voor de patiënten om hun rechten te laten gelden in het geval van een weigering, ingewikkelde administratieve procedures en een beheer van de DMH dat verschilt naargelang het OCMW. Deze groep mensen die zeer kwetsbaar is, heeft het vrij moeilijk om het bestaande kader te begrijpen en om de verschillende fases van de procedure zonder begeleiding te doorlopen.

Daarbij komt nog de onwetendheid bij de zorgverstrekkers inzake rechten en procedures, waardoor er schrik ontstaat niet te worden terugbetaald voor de zorgen. Deze moeilijkheden veroorzaken bijgevolg de uitsluiting, onderbrekingen in de verzorging en een zekere vorm van latente dwang voor een publiek dat al genoeg bedreigd is.

Ondanks nationale en internationale regelingen die een gelijke toegang zouden moeten bieden tot gezondheidszorg, bestaan er in België nog grote ongelijkheden, zowel tussen eigen ingezetenen en migranten, als tussen migranten onderling.

Voor hen die niet bijdragen tot de sociale zekerheid, werden diverse 'aanvullende' systemen opgezet. Ze worden georganiseerd in functie van de administratieve toestand van de persoon, van de financiële toestand en van de woonplaats. In het kader van de diverse soorten van verblijf en van de individuele situaties die kunnen voorkomen, is er dus een systeem uitgebouwd dat (door de begunstigden) wordt beschouwd als een van de ingewikkeldste en zwaarste op administratief¹⁴ vlak in Europa. In dit hoofdstuk leggen wij er ons op toe om het wettelijk kader te schetsen alsmede de werking van de toegang tot gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf, voor personen zonder visa en voor Europeanen.

14 Europees Observatorium voor de Toegang tot Zorg, Dokters van de Wereld, sept. 2009: 'De toegang tot zorg voor mensen zonder wettig verblijf in 11 Europese landen' en april 2013: 'De toegang tot gezondheidszorg in Europa in tijden van crisis en toenemend racisme'.

1. Historiek¹⁵

De hulp inzake gezondheidszorg aan personen in gevaar bestaat reeds geruime tijd en is door de tijd heen sterk geëvolueerd via privé-initiatieven tot openbare bijstand: solidariteit voor alle burgers, goede doelen, stichtingen, oprichting van gasthuizen (opvang van zieken) en liefdadigheidsinstellingen (hulpverlening aan huis). In 1895 richtte de Belgische Staat een koninklijke commissie op voor de hervorming van de armenzorg, maar het was pas op 10 maart 1925 dat het parlement een wet goedkeurde tot oprichting van de Commissies voor Openbare Onderstand (COO) met als taak 'de ellende verminderen en voorkomen, en het organiseren van een dienst voor medische bijstand.'

België kende vervolgens een belangrijke evolutie van zijn sociale zekerheidssysteem en sociale bijstandssysteem. De taken waren achterhaald en de COO's werden vervangen door de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), die een 'recht op sociale hulp instelden om aan iedereen de gelegenheid te bieden een leven te leiden conform de menselijke waardigheid.'

In het eerste artikel van de organieke wet van 8 juli 1976 inzake de OCMW's wordt bepaald dat 'iedereen recht heeft op sociale hulp. Deze heeft tot doel aan iedereen de gelegenheid te bieden een menswaardig bestaan te leiden'. Deze laatste bepaling impliceert dat iedereen een beroep kan doen op de basisnoden (voeding, kledij, huisvesting, hygiëneverzorging en toegang tot gezondheidszorg). 'Het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn heeft tot taak aan personen en gezinnen de dienstverlening te verzekeren waartoe de gemeenschap gehouden is. Het verzekert niet alleen lenigende of curatieve doch ook preventieve hulp. Deze dienstverlening kan van materiële, sociale, geneeskundige, sociaalgeneeskundige of psychologische aard zijn.'¹⁶

15 Hoofdstuk geïnspireerd op de volgende bronnen: G. MEURANT, 'L'espace politique de la santé en zone d'apartheid social. Approche ethnographique des barrières à l'accès aux soins pour les personnes en séjour irrégulier' (De politieke ruimte van gezondheid in een zone van sociale apartheid. Etnografische benadering van de barrières voor toegang tot zorg voor illegalen), Brussel, ULB, niet gepubliceerd. J. VANDEN EYNDE en C. BOURUET AUBERTOT, advocaten aan de balie van Brussel, 'La mission des centres publics d'aide sociale en matière d'aide médicale urgente' (De opdracht van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn op het vlak van dringende medische hulp), *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht/Rev. Dr.Santé* 2000-2001. http://fr.wikipedia.org/wiki/Centre_public_d'action_sociale. http://www.ocmw-info-cpas.be/index.php/fiche_FV_fr/le_cpas. <http://www.cpas1200.be/main.php?sid=2&mid=1&txt=l&lng=fr>. http://157.164.136.233/jahia/Jahia/site/cpas_chatelet/Accueil/Le_CPAS.

16 Artikel 57, § 1 van de organieke wet van 8/7/76 van de OCMW's.

Met de programmawet van 30 december 1992 werd het begrip wettelijk verblijf een verplichte voorwaarde om elke vorm van sociale hulp te kunnen genieten, met uitzondering van dringende medische hulp. Zijn artikel 151 heeft artikel 57 van de wet van 8 juli 1976 gewijzigd door de taak van het OCMW te beperken tot 'de hulp die strikt noodzakelijk is om het land te verlaten.'

Sociale hulp werd een regularisatiemiddel voor de migratiegolven. Het was een politieke keuze die men terugvindt in een arrest van het Grondwettelijk Hof van 29 juni 1994: 'Wanneer een staat die de immigratie wil beperken, vaststelt dat de middelen waarover hij beschikt daartoe niet of onvoldoende geschikt zijn, is het niet onredelijk dat hij een onderscheid maakt tussen dezelfde taken naargelang het personen betreft die wettelijk verblijven op het grondgebied (de eigen ingezetenen en sommige categorieën vreemdelingen) of daarentegen personen die er zich nog bevinden nadat ze een bevel om het grondgebied te verlaten hebben gekregen. (...) [De vreemdeling met illegaal verblijf zal geen enkele hulp ontvangen] van de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, met als enige uitzondering de dringende medische hulp (...), om op die wijze betrokkene aan te sporen te gehoorzamen aan het ontvangen bevel [om het grondgebied te verlaten] (...).'

Deze wet gaf echter geen definitie van de betekenis van dringende medische hulp, wat tot diverse tegenstrijdige interpretaties leidde. Er waren discussies als gevolg van alarmerende vaststellingen door de verloskundige dienst van het Sint-Pietershospitaal inzake opvolging van zwangerschappen bij zwangere vrouwen met illegaal verblijf en ten gevolge van een mobilisatie van de verenigingssector. Bij gebreke van tenlasteneming van de prenatale opvolging konden de zwangere vrouwen slechts naar een ziekenhuis gaan op het ogenblik van de weeën.

Met de wet van 15 juli 1996 werd artikel 57 nogmaals gewijzigd door te stellen dat de taak van het OCMW zich beperkte tot 'het bieden van dringende medische hulp ten overstaan van een vreemdeling die illegaal verblijft in het koninkrijk'¹⁷ en dat het begrip dringende medische hulp nader zou worden omschreven door een koninklijk besluit.

Het koninklijk besluit van 12 december 1996 werd uitgevaardigd met een dubbel doel, namelijk een te ruime toepassing inzake de aard van de verleende hulp stoppen en de medische hulpverlening minder restrictief in te vullen.

17 J. VANDEN EYNDE en C. BOURUET AUBERTOT, advocaten aan de balie van Brussel, 'La mission des centres publics d'aide sociale en matière d'aide médicale urgente', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht/Rev.Dr.Santé* 2000-01, 5.

‘De dringende medische hulp, bedoeld in artikel 57, § 2, lid 1 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, betreft de hulp die een uitsluitend medisch karakter vertoont en waarvan de dringendheid met een medisch getuigschrift wordt aangetoond. Deze hulp kan geen financiële steunverlening, huisvesting of andere maatschappelijke dienstverlening in natura zijn.

Dringende medische hulp kan zowel ambulant worden verstrekt als in een verplegingsinrichting zoals bedoeld in artikel 1, 3° van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

Dringende medische hulp kan zorgverstrekking omvatten van zowel preventieve als curatieve aard.’¹⁸

Tot vandaag is de dringende medische hulp nog steeds onderwerp van discussie wat zijn betekenis, de toepassing ervan op het terrein en recent inzake de voorwaarden voor toekenning betreft. Het debat over sociale hulp als instrument van migratiepolitiek is meer dan ooit actueel. De idee van de toepassing van dringende medische hulp op voorwaarde van een vrijwillige terugkeer ontstaat meer en meer bij sommige OCMW's. Het middel van toegang tot medische zorgverlening wordt zodoende een instrument van migratiepolitiek.

2. Personen zonder wettig verblijf

2.1 Huidige situatie

De personen zonder wettig verblijf, kunnen genieten van een toegang tot gezondheidszorg dankzij de ‘Dringende Medische Hulp’, zoals omschreven in het hierboven vermelde koninklijk besluit van 12 december 1996. Deze hulp wordt er gedefinieerd, in tegenstelling tot hetgeen de naam doet vermoeden, als een medische hulp die elke preventieve en verzorgende handeling omvat.

Deze hulp moet worden beschouwd als de noodzakelijke hulp om elke medische situatie te vermijden waarbij een risico zou ontstaan voor een persoon en zijn entourage en ‘mag niet worden verward met spoed in de medische en ziekenhuisbetekenis.’¹⁹

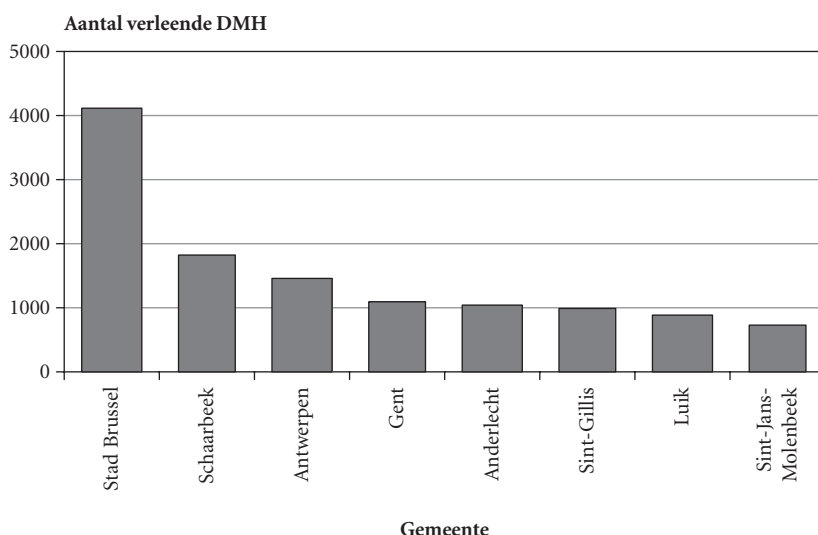
18 KB van 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp die door de OCMW's wordt verstrekt aan vreemdelingen die onwettig op het grondgebied verblijven.

19 ‘Mediprima. De hervorming van de medische hulp uitgevoerd door OCMW's’, POD MI, 22 maart 2013.

In 2011 waren er 18.218 genieurs van Dringende Medische Hulp (het is mogelijk dat een persoon meerdere keren werd geteld afhankelijk van de werking van het OCMW). Deze interventies vertegenwoordigen een bedrag van 36.263.249 euro. Dat vertegenwoordigt 0,1% van het totaalbedrag dat werd gespendeerd voor de gezondheidszorg voor de personen die in België gedekt zijn door de verplichte medische verzekering.²⁰ Dit bedrag dekt de kosten van de terugbetalingen aan de OCMW's op federaal vlak en houdt geen rekening met de uitgaven van de OCMW's voor de behandeling van de dossiers.

De DMH verblijft voornamelijk in bepaalde gemeenten, zoals de grafieken hieronder weergeven.

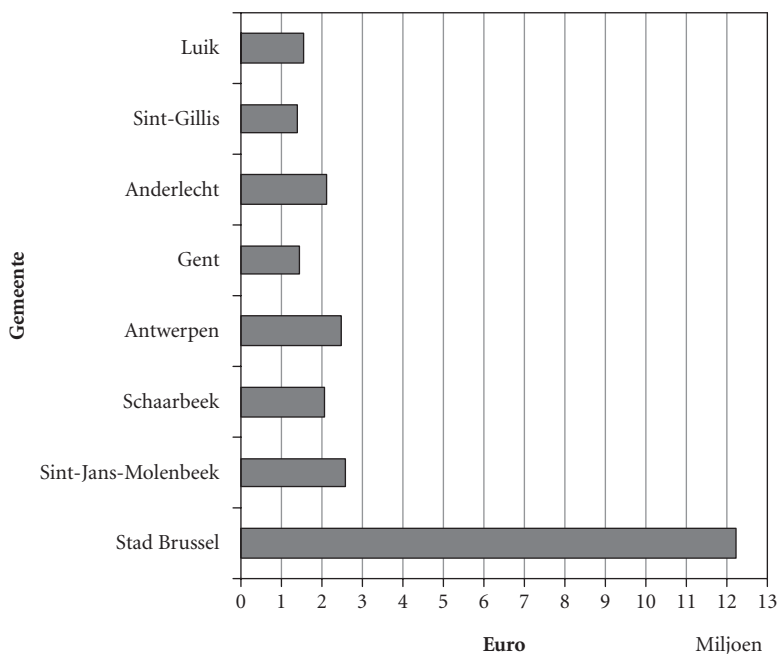
Grafiek 1: OCMW's die in België de DMH het meest ondersteunen (2011).



Bron: Ministerie voor maatschappelijke integratie (2011)

20 In 2011 bedroegen de totale uitgaven van het RIZIV € 35.365.074.000 (bron: RIZIV: INAMI, <http://www.riziv.fgov.be/information/fr/accounting/budgets/2011/xls/budget2011.xlsx>).

Grafiek 2: DMH-bedragen per gemeente (2011).

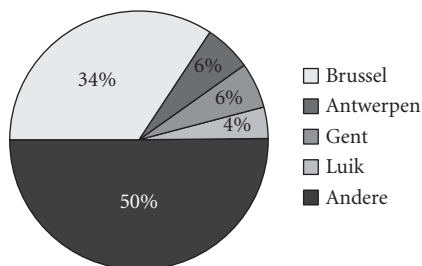


Bron: Ministerie voor maatschappelijke integratie (2011)

De OCMW's van de acht hierboven vermelde gemeenten zijn de belangrijkste 'DMH-betalers' in België. Brussel-stad voert de toon aan.

Als men de verdeling per gemeente in België bekijkt, stelt men vast dat 34% van alle DMH's wordt betaald door Brussel-stad.

Grafiek 3: Verdeling van DMH per gemeente in België (2011).



Bron: Ministerie voor maatschappelijke integratie (2011)

Het bekomen van dringende medische hulp is onderworpen aan vier voorwaarden:

- onwettig verblijven op het Belgisch grondgebied;
- over een door een geneesheer ondertekend medisch attest beschikken dat de noodzaak aantoonde voor de zorgen;
- een effectieve woonplaats in de gemeente kunnen aantonen;
- in behoeftige toestand verkeren.

Deze voorwaarden zullen worden geverifieerd in het kader van een sociaal onderzoek²¹ door de sociale dienst van het OCMW. Dit onderzoek is niet specifiek voor dringende medische hulp, maar gebeurt voor elke bij deze diensten ingediende aanvraag om medische hulp. Dit sociaal onderzoek veroorzaakt een administratieve last voor de OCMW's (deze administratieve last wordt niet ten laste genomen door de federale staat).

In het kader van zijn sociaal onderzoek zal de maatschappelijk assistent nagaan of de persoon illegaal op het grondgebied verblijft en dat om het even hoe hij is binnengekomen. Er zullen ook vragen worden gesteld over de aankomstvoorwaarden (clandestien, visum ...) alsmede over de administratieve stappen die in België werden ondernomen (aanvraag regularisatie, asiel ...).

Vervolgens zal het OCMW een medisch attest (typedocument) vragen waaruit de noodzaak van medische zorgen moet blijken. Dat attest kan worden aangevuld door elke zorgverstrekker. Dit typedocument is verplicht in het kader van de terugbetaling door de POD Maatschappelijke Integratie (POD MI) aan het OCMW.

Het OCMW zal ook de werkelijke verblijfplaats van de aanvrager op zijn grondgebied moeten vaststellen door middel van een huisbezoek, controle van documenten zoals een huurcontract, betaling huurgelden, facturen, getuigenissen van medebewoners ... Het betreft geen domicilie (inschrijving in rijksregister), maar wel de plaats waar de betrokkene het meest verblijft. Hetzelfde onderzoek moet ook worden gedaan voor daklozen.

In het geval van extreme medische urgentie zal het territoriaal bevoegde OCMW datgene zijn op wiens grondgebied de hospitalisatie-instelling gevestigd is, als de aanvraag bij het OCMW werd ingediend tijdens de hospitalisatie en het dus werkelijk om een medisch spoedgeval gaat.

21 De systematisering van het sociaal onderzoek wordt vermeld in de omzendbrief van 25 maart 2010 betreffende het sociale onderzoek dat vereist is voor de terugbetaling van de medische kosten in het kader van de wet van 2 april 1965 en het MB van 30 januari 1995.

Ten slotte zal het OCMW 'de toestand van behoefte' nagaan en meer bepaald de moeilijkheid of onmogelijkheid voor betrokken persoon om de medische kosten ten laste te nemen. Dit is niet als dusdanig bepaald door de OCMW-wet en het moet dus worden geëvalueerd in functie van de inkomsten van de persoon en de lasten die hij moet dragen.

De circulaire van 25 maart 2010 bepaalt overigens dat het 'OCMW zelf moet uitmaken met welke middelen het de toestand van de verzoeker zal onderzoeken (bv. huisbezoek, contacten met externe verenigingen of tussenpersonen ...)' en dat 'het OCMW zijn onderzoek kan voeren op de wijze zoals het dat zelf wenst'.

Als voorbeeld enkele veelvuldig in dit kader gestelde vragen: Hoe betaalt de persoon zijn huur? Werkt hij in het zwart en hoeveel verdient hij? Hoeveel bedragen zijn huurlasten? Verder zijn er nog aanduidingen mogelijk omtrent het beeld dat betrokkene geeft inzake zijn behoefte (kledij, woontoeestand, schulden of niet ...).

Als de voorwaarden vervuld zijn, zal de persoon kunnen genieten van een tenlasteneming van zijn medische zorgen op de wijze bepaald door elk OCMW afzonderlijk.

De wet bepaalt dat het OCMW binnen een termijn van 30 dagen na de aanvraag een antwoord moet geven.

In geval van een weigering zal de betrokken persoon beroep kunnen aantekenen binnen de drie maand na de (aangetekende) ontvangst van de beslissing.

Enkel voor onwettig verblijvende minderjarigen en hun familie heeft de wetgever in een bijkomende hulp voorzien die niet medisch kan zijn.²² Als de ouders niet in staat zijn om voor het dagelijks onderhoud te zorgen, kan een materiële steun worden toegekend door middel van een tenlasteneming in een federaal opvangcentrum. De medische zorgen worden dan verzekerd door de medische dienst van het centrum. Het OCMW heeft de plicht om de families omtrent dit recht in te lichten en in voorkomend geval een aanvraag te doen bij Fedasil. Als deze families niet wensen opgevangen te worden in deze centra, blijft hun recht op dringende medische hulp toch behouden.

22 KB van 24 juni 2004 ter bepaling van de voorwaarden en modaliteiten voor het verlenen van materiële hulp aan een minderjarige vreemdeling die illegaal in het land verblijft, gewijzigd door het KB van 1 juli 2006, en de omzendbrief van 16 augustus 2004, vervangen door de omzendbrief van 21 november 2006.

Getuigenis (consultaties-Dokters van de Wereld)

Ik kom uit Guinea en ik verblijf in België sedert 2011. Ik ben hier aangekomen tijdens mijn zwangerschap en ik ben bevallen in het Fedasil-centrum. Toen mijn asielaanvraag werd verworpen, heb ik het centrum verlaten en ben gaan samenwonen bij mijn vriend. Mijn kind is ondertussen acht maanden oud. Ik ben toen beginnen sukkelen met mijn gezondheid. Ik had veel pijn aan een voet en ik wist niet hoe eraan te verhelpen. Mijn vriend heeft mij dan verwezen naar “Dokters van de Wereld”. Deze hebben mij ingelicht dat ik recht had op dringende medische hulp en dat ik daartoe een verzoek moest richten bij het OCMW van Anderlecht. Ik ben dan naar het OCMW geweest, maar ze hebben me daar geweigerd. “Dokters van de Wereld” heeft echter met een brief aangedrongen. Het OCMW antwoordde dat het niet bevoegd was en dat Fedasil moest instaan over de medische zorg. Ook Fedasil verklaarde echter niet bevoegd te zijn omdat ik niet meer verbleef in het centrum. Uiteindelijk heeft het OCMW, na tussenkomst van sociaal assistenten van “Dokters van de Wereld”, toch aanvaard om mijn dossier te behandelen. Ik wacht momenteel nog op het bezoek van een sociaal assistent. Ik ben stand-by... Het is nu al zeven maanden dat het probleem met mijn voet aansleept. Gelukkig ben ik naar “Dokters van de Wereld” kunnen gaan. Zij hebben mij naar de polikliniek Baron-Lambert gestuurd voor een scan en ze hebben mij medicatie gegeven. Nu gaat het beter. Wij zijn ook bij hen geweest toen mijn kind ziek werd.

2.2 Belangrijkste problemen bij “Dringende Medische Hulp”

In de verscheiden stadia van de procedure (sociaal onderzoek, algemene werking ...) kunnen zich talrijke moeilijkheden voordoen.

Het eerste probleem is de effectieve fysieke toegang tot het OCMW. Gedurende de jaren hebben de taken van het OCMW zich sterk uitgebreid in een kader dat veel ruimer is dan dat van toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder papieren. Bij sommige OCMW's wordt het bereiken van medische verzorging erg bemoeilijkt als gevolg van de erg lange wachttijden.

Er wordt weinig aandacht aan geschonken, maar het gewoon zich richten tot een openbare dienst geeft al een pak onzekerheid voor patiënten die hier illegaal verblijven en al erg gedestabiliseerd zijn. Velen moeten worden gerustgesteld omtrent het beroepsgeheim, de wettelijkheid van hun hulpvraag en de band tussen deze diensten met de gemeente, de politie of de Dienst Vreemdelingenzaken.

Bij sommige zorgverstrekkers en OCMW's zien we een samenhang tussen een vermindering van de kosten, een verschil in behandeling en zelfs een ontkenning van het recht op gezondheidszorg voor deze categorie mensen.

Zo hebben sommige OCMW's op een bepaald ogenblik de hulp afhankelijk gemaakt van het kunnen voorleggen van een aanvraag tot regularisatie van het verblijf. Meer en meer ondervragen de openbare sociale administratie en diensten de betrokkenen over hun gezondheidstoestand en vragen ze meer uitleg over de kosten en het dringende karakter van de gevraagde medische hulp. Er worden ook steeds meer medische attesten gevraagd door niet-geeskundige professionelen teneinde de gevraagde hulp te kunnen ondersteunen.

Een ander probleem is de wettelijke termijn wanneer de datum van het indienen van de aanvraag niet duidelijk is: is het de datum van het maken van de afspraak of van de contactneming met de sociale dienst die telt? Dat kan van groot belang zijn als men weet dat sommige OCMW's termijnen hanteren van twee maand voor een behandeling of wachttermijnen van twee tot drie weken voor een eerste afspraak. De wettelijke termijn om DMH bij een OCMW te verkrijgen, bedraagt 30 dagen, maar dikwijls wordt deze termijn overschreden bij grotere OCMW's. Deze termijn is al onredelijk op zich voor wat onmiddellijke verzorging van personen betreft, maar er komt dan nog eens een supplementaire wachttijd bij, zodat sommige personen zich genoodzaakt zien zich tot alternatieve structuren te wenden, om de noodzakelijke zorgen af te wijzen of zich tot een spoeddienst te wenden terwijl zij eigenlijk behandeld zouden kunnen worden in de eerstelijnszorg.

In geval van een weigering kan de persoon in kwestie moeilijkheden ondervinden om zijn rechten te laten gelden. Zo kan het ontvangen van een aangekende brief problemen geven als de persoon zijn identiteit niet kan bewijzen met een geldig document.

Op het vlak van territoriale bevoegdheid zijn er grote verschillen bij de OCMW's. Sommige achten zich vlugger bevoegd dan andere. Sommige plaatsen, zoals Het Noordstation in Brussel, worden bedield door drie verschillende OCMW's en de betrokken persoon moet soms uitleggen op welke trap of verdieping hij zich bevindt en kan afhankelijk daarvan toegang tot DMH worden geweigerd.

Bovendien leidt de beoordelingsvrijheid van elk OCMW op het vlak van het sociaal onderzoek tot toestanden van ongelijkheid op het Belgisch grondgebied en tot onzekerheid bij de aanvragers omdat er geen duidelijk zicht is op de aangewende criteria om de toestand te evalueren. In het algemeen wordt de waarachtigheid van een gevaarsituatie met veel wantrouwen onderzocht. Het gewone feit van zonder papieren te zijn of op straat te leven, volstaat niet meer

(er worden bewijzen gevraagd van het contacteren van organisaties, er komen huisbezoeken, soms duidt het uitzicht niet op het feit dat men dakloze is ...).

Sommige OCMW's leiden uit het afwezig zijn van schulden af dat er geen behoefte is, andere houden rekening met inkomsten van samenwonenden die door de wet nochtans niet worden beschouwd als personen die moeten instaan voor het levensonderhoud (met als gevolg dat spontane solidariteit in het gedrang komt).

Er zijn dus vele OCMW's met een veelheid van werkwijzen, zodat er enorme discriminatie en ongelijkheid qua behandeling ontstaat.

De vraag omtrent het verblijfsstatuut is niet zonder belang: sommige OCMW's weigeren eenvoudigweg het maken van een afspraak zonder bewijs van identiteit en de onwettigheid van het verblijf is hun niet steeds duidelijk, gelet op de diversiteit en de complexiteit van de verblijfsstatuten. Zo verwijzen OCMW's bijvoorbeeld naar Fedasil, terwijl de asielaanvraag van de persoon werd afgewezen of worden anderen beschouwd als toeristen, terwijl ze op clandestiene wijze het land zijn binnengekomen.

Ook inzake het medisch attest zijn er problemen.

In de eerste plaats is het contradictorisch dat men, om toegang te kunnen verkrijgen tot medische verzorging, eerst bij een arts moet gaan die het medisch attest zal tekenen. De arts moet dan nog op de hoogte zijn van de wetgeving en de procedure 'Dringende Medische Hulp'. Dat dit laatste niet steeds het geval is, is niet te verwonderen, gelet op de administratieve complexiteit en diversiteit van de procedure.

Enkel al voor het Brussels Gewest bestaan er een tiental modellen van typeattesten 'Dringende Medische Hulp', zodat het sociaal onderzoek in afwachting van het verkrijgen van het juiste document vertraging oploopt. Het OCMW eist soms dat enkel een geconventioneerde arts van de gemeente het document opstelt. Andere OCMW's vragen een attest per gezinlid, terwijl doorgaans één attest per familie volstaat. De op het attest vermelde geldigheidstermijnen variëren van de tijd nodig voor één enkele behandeling tot één jaar in het beste geval. Sommige OCMW's vragen ook dat de ziekten en de zorgen voldoende duidelijk omschreven zijn ook al is er geen arts in het OCMW om deze informatie te controleren en is het document enkel bestemd voor de administratie die niet het recht heeft om het medisch beroepsgeheim op te heffen. Omdat de eerste medische consultatie meestal volledig ten laste is van

de patiënten, zijn vele ongedocumenteerde migranten, niet in staat om dat te betalen (slechts twee Brusselse OCMW's garanderen op effectieve wijze de kosteloosheid van een eerste afspraak).

De werking zelf van de DMH wordt door elk OCMW verschillend georganiseerd. Soms krijgen betrokken personen een medische kaart waarmee ze zich bij een huisarts kunnen laten verzorgen, maar anderen moeten zich elke keer dat ze verzorging behoeven, opnieuw aanbieden bij het OCMW voor de tenlasteneming.

De medische zorgen worden door de POD MI (Ministerie Maatschappelijke Integratie) aan het OCMW terugbetaald voor alle zorgen die een RIZIV-nomenclatuurcode hebben. Elk OCMW is dus vrij om tussen te komen voor alles wat niet geheel of gedeeltelijk wordt terugbetaald, zoals medicatie van de categorie D (pijnstillers, anticonceptiepil, ...), zuigelingenmelk, brilglazen en brilmonturen. Tenlasteneming van niet-medische kosten (voedingspakketten, hulp bij schoolbezoek ...) wordt steeds zeldzamer of zelfs onbestaande.

De OCMW's worden gecontroleerd door de POD MI door middel van een inspectie om na te gaan of de dossiers goed zijn onderbouwd en of de criteria om een recht te openen, goed werden nageleefd.

2.3 Enkele cijfers: de werking van 'Dokters van de Wereld'

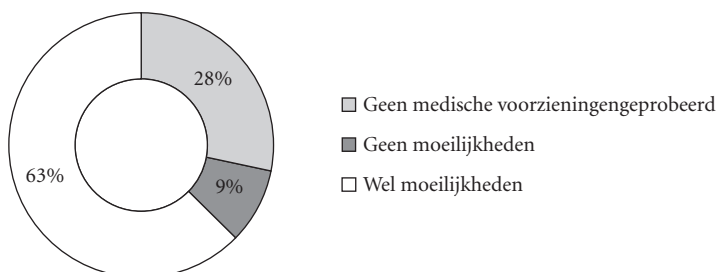
Bij de diverse problemen komt nog de onwetendheid inzake de rechten en de procedures, zowel bij de patiënten als bij de zorgverstrekkers. Inderdaad, volgens het 'Jaarverslag 2011 over armoede en sociale uitsluiting' van de stichting OASE kent 50% van de personen zonder wettig verblijf, niet de procedure van DMH.²³

Op de vraag die in 2012 aan 2241 DMH-patiënten in België werd gesteld, nl. 'Heeft u tijdens het voorbije jaar moeilijkheden ondervonden inzake toegang tot gezondheidszorg?', antwoordde 63% bevestigend.²⁴

23 *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2011*. In de lente van 2010 legde het HIVA aan een steekproef van 170 onwettig in ons land verblijvende personen de EU-SILC-vragenlijst voor, die hiervoor speciaal werd aangepast. I. SCHOCKAERT en S. CINCINNATO, *Armoede tussen de plooiën. Aanvullingen en correcties op EU-SILC voor verborgen groepen armen*, Brussel, Federaal Wetenschapsbeleid, 2011.

24 *Dokters van de Wereld, Jaarverslag 2012*, Brussel, CASO, Centrum voor onthaal, zorg en oriëntatie.

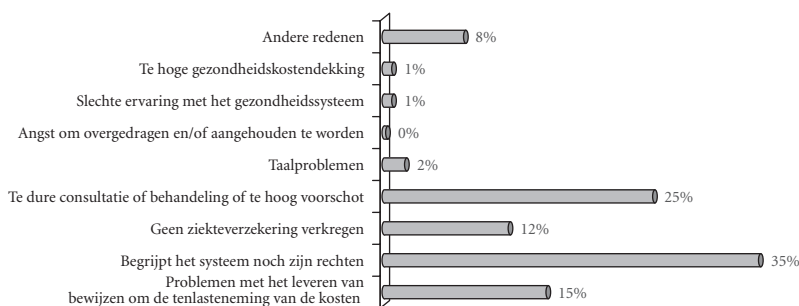
Grafiek 4: Percentage DMH-patiënten met moeilijkheden inzake toegang tot gezondheidszorg tijdens de voorbije 12 maanden (2012).



Bron: Dokters van de Wereld (2012)

De grafiek hieronder herneemt de belangrijkste problemen die de DMH-patiënten ondervonden inzake toegang tot verzorging. Op een totaal van 1496 antwoorden bleek 35% te maken te hebben met een gebrek aan kennis en begrip van het systeem en de rechten op het vlak van gezondheidszorg.

Grafiek 5: Belangrijkste problemen die DMH-patiënten ondervonden bij de toegang tot de gezondheidszorg (2012).



Bron: Dokters van de Wereld (2012)

Het gezondheidssysteem in België is een van de ingewikkeldste van Europa op administratief vlak voor personen die zonder papieren op het grondgebied verblijven.²⁵

²⁵ Rapport van het Internationaal Observatorium van Dokters van de Wereld, 'De toegang tot zorg voor mensen zonder wettig verblijf in 11 Europese landen', september 2009.

Getuigenis: mijnheer E.B., 33 jaar (organisatie Meeting)

Mijnheer E.B. is in België aangekomen in 2006, hij werd ingelicht over de DMH-procedure door zijn broer (die in dezelfde periode medehuurder was).

'Ik heb het geluk gehad dat mijn broer mij geholpen heeft bij de verschillende fases, want zonder hem zou het niet gemakkelijk geweest zijn omdat ik nog niet goed de taal ken.'

De eerste DMH-aanvraag bij het OCMW van Schaarbeek werd door hem zelf geannuleerd uit vrees dat de toelage van het OCMW voor zijn broer zou worden verminderd. Begin oktober 2012, als gevolg van hevige tandpijn, vroeg mijnheer E.B. dringende medische hulp, deze keer in Anderlecht. Na zich te hebben aangeboden bij de onthaaldienst van het OCMW, kon hij dadelijk een sociaal assistent spreken en werd het aanvraagdossier samengesteld. De heer E.B. moest een identiteitsbewijs voorleggen en hij werd geïnformeerd dat hij binnen de 30 dagen een controlebezoek thuis mocht verwachten. Op het einde van deze termijn, op 30 oktober, bracht de sociaal assistent een bezoek bij de heer E.B. bij diens broer en vroeg om energiefacturen voor te leggen en betalingsfiches van zijn broer (die ondertussen werkte onder het statuut van artikel 60), alsmede een fotokopie van de negatieve beslissing over zijn aanvraag 9bis en het DMH-attest. 'De sociaal assistente zei mij dat zij een lijst van geconventioneerde artsen zou toesturen maar ik heb nooit iets ontvangen. Ik heb mij dan bij de onthaaldienst aangeboden om die lijst te bekomen.' Alle andere documenten werden aan de sociaal assistente bezorgd en vier maanden na de dag van de aanvraag, op 30 januari 2013, ontving de heer E.B. zijn kaart, die al twintig dagen later verviel. Nochtans was op de kaart vermeld dat ze geldig was vanaf 20 november (tot 20 februari). Als gevolg van de zeer lange wachttijd moest de heer E.B. 75 euro betalen voor een consultatie bij de tandarts die hem de eerste zorgen toediende. Ondanks verscheidene bezoeken aan het OCMW tijdens de wachtperiode, werd de heer E.B. steeds wandelen gestuurd met de melding 'nog een beetje geduld'.

Voor de verlenging van zijn kaart is hij de dag voor het verstrijken van de geldigheid opnieuw bij de sociaal assistente moeten gaan met een nieuw DMH-attest. Deze keer was de kaart slechts drie weken geldig. Na tussenkomst bij een sociale dienst werd de kaart een tweede keer verlengd, deze keer voor twee maanden. 'Nu ben ik tevreden dat ik de kaart heb, maar het was niet gemakkelijk. Voor andere personen is het soms nog moeilijker omdat ze dakloos zijn of schrik hebben om hun adres aan het OCMW te geven, daar ze vrezen dat de politie hen zal komen zoeken. Ook stellen de verschillende werkwijzen in de Brusselse gemeenten problemen voor degene zonder papieren die dikwijls van adres verandert.

Het probleem van toegang tot gezondheidszorg wordt ook vastgesteld door mensen uit de gezondheidszorg zelf en door de onthaalstructuren. Huisartsen die alleen werken, zijn te weinig onderlegd om dit type van persoon op te volgen. Meer nog, verscheidene OCMW's sluiten met sommige medische instellingen conventies af, wat een probleem meebrengt op het vlak van de vrije keuze van een arts, maar vooral inzake de spoeddiensten van sommige hospitalen die weten dat ze geen terugbetaling zullen krijgen voor dergelijk publiek.

Getuigenis: dokter Saphia Mokrane, huisarts in een medisch centrum te Brussel, onderzoekster aan de Universiteit van Namen inzake de gezondheidszorg op ethisch vlak

Personen zonder wettig verblijf, hebben ziekten die in verband staan met hun levensomstandigheden die gekenmerkt zijn door onzekerheid (over hun verblijfsstatuut, hun woonst, hun inkomsten, ...). Ze hebben last van stress met als gevolg hart- en vaatziekten, maag- en darmstoornissen en psychische problemen. Ze hebben een slechte voeding en hebben problemen met hun gebit. Ze worden ook blootgesteld aan traumatische ongevallen als gevolg van slechte huisvesting (kraakpanden, ongezonde woningen) of zwartwerk (breuken, verwondingen enz.).

De toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf is gebonden aan DMH. In tegenstelling tot de ziekteverzekering is de DMH een tijdelijk recht dat moet worden geactiveerd. Daartoe moet men naar een OCMW gaan, dat een DMH-atteest vraagt. Als professioneel gezondheidsverzorger zijn wij niet goed ingelicht over wat DMH is en over de wijze waarop dat functioneert. Dikwijls leren wij van elkaar. Sommige OCMW's sluiten overeenkomsten met zorgverstrekkers, zodat enkele regels kunnen worden bepaald.

De benaming 'dringend' geeft aanleiding tot verwarring voor de patiënten en de zorgverstrekkers: over welke dringendheid gaat het? Momenteel vragen sommige artsen zich af of ze een DMH kunnen bieden voor een persoon die een chronische aandoening heeft, zoals diabetes of hoge bloeddruk, voor een kind of een volwassene die er op het eerste gezicht gezond uitziet, of voor iemand die aan een acute ziekte lijdt die niet levensbedreigend is, zoals een longontsteking.

Om DMH te verkrijgen, moeten de betrokkenen zich naar het OCMW begeven. Sommige personen verwarren de OCMW's met de gemeentelijke administratie. Het valt dus voor dat ze niet de noodzakelijke stappen zetten uit schrik aangegeven of uitgedreven te worden. In andere gevallen zijn er als gevolg van de werking van het OCMW diverse stappen te ondernemen voordat een sociaal assistent de vraag zal onderzoeken. Personen die zich niet vlot kunnen uitdrukken, lopen verloren in de administratieve rompslomp. Om enig resultaat te bekomen, is het aan te raden zich te laten bijstaan door een professional of een verwant. Al de fases die moeten worden doorlopen, zijn elk op zich hinderpalen voor de verzorging voor personen die niet kunnen lezen, alleenstaande zijn of moeten kiezen tussen de nodige stappen te zetten om zich te laten verzorgen of in het zwart werken om zich huisvesting en voeding te kunnen veroorloven.

In tegenstelling tot het ziektefonds is de DMH gebonden aan de verblijfplaats. Talrijke personen zonder papieren zijn niet in staat een vaste woonst te bekostigen. Ze slapen bij kennissen en veranderen dikwijls van logies. Soms worden ze gehuisvest door iemand die niet wil dat het OCMW op de hoogte is. Voor deze personen is het moeilijk om een DMH te verkrijgen en vooral om dat te behouden.

Wanneer deze personen zich tot een OCMW wenden, moeten minstens drie weken worden gerekend om de DMH te bekomen. Dat is een probleem wanneer wij voor het eerst personen zien met een verkoudheid, een oorontsteking of een longontsteking. Ofwel moeten wij hen stalen geven, ofwel moet de persoon of zijn verwanten geld vinden om zich de nodige geneesmiddelen aan te schaffen. Het wordt nog ingewikkelder wanneer er bijkomende onderzoeken nodig zijn. Soms hospitaliseren wij personen die ambulant zouden kunnen worden verzorgd, maar voor wie de voorwaarden van de gezondheidsverzekering niet toelaten een correcte tenlasteneming te garanderen.

De DMH is beperkt in de tijd en moet worden verlengd, meestal voor drie maanden. Het betreft dus een wankel waarborg. Regelmatig onderbreken patiënten hun behandeling (medische opvolging, kinesist of medicatie) omdat de DMH in die periode niet werd verlengd en ze het vervolg van hun behandeling niet kunnen betalen. Ik heb dat vastgesteld bij meerdere patiënten die soms aan ernstige ziekten leden, zoals diabetes, hoge bloeddruk, ziekte van Crohn of aids. Het gebeurt dikwijls dat onderzoeken (bloedafname, scan) of gespecialiseerde consultaties om dezelfde redenen moeten worden uitgesteld. Immers, als een persoon geen DMH heeft die geregeld is op het ogenblik van het onderzoek, zal hij zelf alle kosten moeten betalen. Buiten een geldige DMH zullen de kosten van de verzorging worden beschouwd als schulden en het OCMW is niet verplicht de schulden terug te betalen van mensen zonder papieren.

Het feit dat de DMH in de tijd beperkt is, vertraagt het geneeskundig onderzoek en de behandelingen. Behalve wanneer het om preventieve zorgen of chronische behandelingen gaat, zouden de personen meer een beroep moeten kunnen doen op een meer duurzame gezondheidswaarborg.

In bepaalde gemeenten moet de persoon zich voor elke prestatie of elk voorschrift tot het OCMW wenden om een tenlasteneming te verkrijgen. In de praktijk betekent dit dat een afspraak moet worden gemaakt met een arts teneinde een aanvraag in te dienen. Maar dat lukt niet elke dag, zodat sommige onderzoeken voor dringende, maar niet vitale zorgen, zoals koorts, hoest of diarree, worden vertraagd. Wanneer die persoon een arts heeft ontmoet, moet hij met het voorschrift naar het OCMW terugkeren teneinde de terugbetaling te verkrijgen van de geneesmiddelen bij de apotheek. In andere gemeenten verstrekt het OCMW een tijdelijke medische kaart die het mogelijk maakt een zekere continuïteit van de zorg te waarborgen tijdens de geldigheidsperiode, ofwel qua eerstelijnszorg ofwel voor alle verzorgingen, en soms ook voor geneesmiddelen.

De geneesmiddelen die door de DMH worden ten laste genomen, worden door de mutualiteit terugbetaald. Voor zorgen en medicatie die moeten worden goedgekeurd door de mutualiteit, is de toestand minder duidelijk. Sommige OCMW's zetten een systeem op waardoor deze zorgen en medicatie gerechtvaardigd worden. Het betreft vooral tandverzorging, sommige geneesmiddelen voor reumatische aandoeningen of voor aids, bepaalde insulines of medicatie voor ademhalingsproblemen, maar eveneens brillen en tandprothesen of orthopedische schoenen.

Talrijke geneesmiddelen en farmaceutische producten die niet door het RIZIV worden terugbetaald, zijn bij sommige verzorging nochtans noodzakelijk. Het gaat bijvoorbeeld om pijnstillers, koortswerende middelen, vitaminen en zuigelingenvoeding. Voor deze zorgen kan elk OCMW zelf beslissen wat het noodzakelijk acht of niet, dus wat het bekostigt of niet. In het Brussels Gewest hebben de OCMW's nochtans een gemeenschappelijke lijst opgemaakt die ze aanvaarden om ten laste te nemen op eigen kosten. Dat vergemakkelijkt de toegang tot medicatie aanzienlijk. Maar de DMH mag geen financiële steun worden en mag dus niet worden aangewend om de kosten te dekken voor de aankoop van een koelkast i.p.v. de insuline, of voor het betalen van de elektriciteits- of huurkosten.

Omdat het organiseren van de DMH aan de OCMW's is toevertrouwd, verschillen de stappen die door de patiënten en de zorgverstrekkers moeten worden ondernomen per OCMW. Soms verzorgen wij personen van een aanpalende gemeente en moeten wij zelf het nodige doen om onze consultaties terugbetaald te krijgen. Vele artsen geraken ontmoedigd als gevolg van dergelijke situaties. Dikwijls onderbreekt het verhuizen van patiënten de medische opvolging omdat vele OCMW's slechts samenwerken met artsen van hun gemeente.

Het verzorgen van deze personen via DMH brengt veel administratieve rompslomp met zich mee, hetzij om het recht op verzorging te openen of te verlengen, hetzij voor aanvraagformulieren, DMH-attesten voor facturatie ... Als professionele gezondheidsverstrekkers zijn wij niet genoeg geïnformeerd over DMH en weten wij niet altijd tot wie ons te wenden om informatie te bekomen. Voor deze gedestabiliseerde personen zijn wij belangrijke gesprekspartners teneinde de toegang tot medicatie en de tweedelijnszorg mogelijk te maken, maar wij hebben niet steeds de juiste inlichtingen noch de middelen om deze aan de betrokkene te verstrekken.

3. Personen met een visum

Personen die gedekt zijn door een visum, om het even hetwelk, moeten zelf hun gezondheidszorgen ten laste nemen. Nadat ze alle medische kosten hebben voorgeschoten, kunnen ze zich wenden tot de ziekteverzekering waarbij ze in hun land van oorsprong aangesloten zijn of in het geval van onvoorzienbare medische kosten kunnen ze een beroep doen op hun reisverzekering. Het verkrijgen van een visum hangt af van het afsluiten van een reisverzekering. Als de persoon niet kan bewijzen over voldoende middelen te beschikken om tijdens zijn verblijf in zijn behoeften te voorzien, zal de Belgische ambassade in het land van oorsprong een verplichte tenlasteneming vorderen voor een minimumduur van het visum. In België duurt deze verplichte tenlasteneming twee jaar.²⁶

²⁶ Omzendbrief van 09/09/1998 betreffende de verbintenis tot tenlasteneming zoals geregeld in artikel 3bis van de wet van 15 december 1980.

Voor sommige landen (bv. Macedonië, Brazilië) is er geen visumverplichting. De dringende medische hulp zal in die specifieke situatie drie maanden na aankomst kunnen worden verkregen.

In de praktijk bemerken we moeilijkheden bij het nagaan van het bestaan van een verzekering in het land van oorsprong. De terugbetalingsvoorwaarden verschillen per land en de terugbetaalde bedragen in het land van oorsprong zijn dikwijls lager dan de werkelijk betaalde medische kosten in België. Ook de voorwaarden voor het verkrijgen van een visum zijn verschillend per land en soms is het voor patiënten niet mogelijk om de kosten voor te schieten of voor de waarborgbieders hun verplichtingen na te komen. Soms zijn reisverzekeringen slechts werkzaam in het geval van onvoorzienbare zorgverstrekkingen.

4. Europeanen

Wij hebben bewust deze categorie patiënten weerhouden omdat hun mogelijkheden van toegang tot de gezondheidszorg de laatste jaren ingewikkelder zijn geworden.

Volgens Eurostat betrof de immigratie naar België van 2009 tot 2011 ongeveer 42,4% onderdanen van andere Europese lidstaten.²⁷ Als ze naar België komen, maken ze gebruik van hun recht om zich vrij te bewegen en te verblijven op het grondgebied van de EU. De richtlijn 2004/38/EG bepaalt dat de Europese burgers, om het recht te verkrijgen om langer dan drie maanden in een andere lidstaat te verblijven, voldoende inkomsten moeten hebben en een ziekteverzekering 'teneinde te verzekeren dat ze niet ten laste worden van de sociale diensten van de ontvangststaat tijdens hun verblijf'.

In de loop van het voorbije decennium heeft het Europees Hof van Justitie meerdere beslissingen genomen die het recht bevestigen van patiënten om behandeld te worden buiten hun land van oorsprong en onder bepaalde voorwaarden terugbetaald te worden. Het Hof heeft echter geen duidelijke regels verstrekt. De richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg, die in oktober 2013 volle uitwerking zal hebben, heeft meer duidelijkheid betracht. Zij stelt, kort samengevat, dat de patiënten in een andere lidstaat gezondheidszorgen mogen krijgen en worden terugbetaald ten belope van het bedrag dat door de lidstaat zou worden ten laste genomen als deze zorgen op zijn grondgebied

²⁷ Eurostat 2009-2011, zie hier.

zouden hebben plaatsgevonden. Een middel om dit type van grensoverschrijdende toegang tot gezondheidszorg in de EU te vergemakkelijken, is de Europese ziekteverzekeringskaart (EZVK), die sedert 2004-2005 gratis wordt aangeboden door alle Europese ziekteverzekeringsystemen en in essentie aantoont dat de betrokken persoon effectief een ziekteverzekering heeft.

Het land van aansluiting kan beslissen om de gezondheidszorgverstrekker rechtstreeks te betalen in plaats van de patiënt terug te betalen, maar het is niet verplicht dat te doen. Momenteel moeten Europese burgers die gezondheidszorg in België nodig hebben, alle kosten van de verstrekte diensten voorschieten. Dat betekent een ernstige financiële hinderpaal. Bovendien hebben heel wat minder goedgevoelde EU-burgers geen ziekteverzekering in hun land van oorsprong. Meer nog, als ooit een Europees onderdaan die hier regelmatig verblijft, maar in een behoeftige situatie verkeert, medische hulp zou vragen aan een OCMW, riskeert hij zijn verblijfsvergunning te verliezen.

De toegang tot Europese gezondheidszorg in België werd beperkt als gevolg van het opnemen van een nieuw artikel in de organieke OCMW-wet op 19 januari 2012.²⁸ Een circulaire van de POD Maatschappelijke Integratie gericht aan de OCMW's (20 maart 2013) omschrijft de weerslag van deze wettelijke bepaling op het recht op sociale hulp van een Unieburger en de leden van zijn familie. Inderdaad, dit artikel heft het verlenen van sociale (en medische) hulp op die was toegestaan aan burgers van de EU in staat van behoeftigheid.

Bemerk dat deze wijziging enkel slaat op Europeanen met een wettig verblijf in België, en niet het recht op DMH voor Europeanen die hier illegaal verblijven in het gedrang brengt. De door de OCMW's toegepaste praktijken zijn ook hier weer verschillend en gevarieerd. Omdat de OCMW's de verzekeraarbaarheid moeten nagaan in het land van oorsprong via de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering HZIV en dat tijd vergt, staan sommige OCMW's slechts de DMH na één jaar verblijf in België toe.

28 De wet van 19 januari 2012 tot wijziging van de wetgeving met betrekking tot de opvang van asielzoekers en toevoeging van artikel 57^{quinquies} van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW's, die stelt: 'In afwijking van de bepalingen van deze wet is de maatschappelijke dienstverlening door het centrum niet verschuldigd aan onderdanen van lidstaten van de Europese Unie en hun familieleden gedurende de eerste drie maanden van het verblijf of, in voorkomend geval de langere periode zoals bedoeld in artikel 40, § 4, eerste lid, 1°, van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, noch is het verplicht om vóór de verwerving van het duurzame verblijfsrecht steun voor levensonderhoud toe te kennen.'

De toegang tot gezondheidszorg voor Europeanen die in België verblijven, hangt af van hun administratieve toestand (zoals ook voor anderen), maar ook van hun financiële situatie. Zoals reeds aangehaald, is hun verblijf inderdaad afhankelijk van bewijzen van voldoende bestaansmiddelen. Meer nog, een inschrijving in de gemeente noodzaakt een verblijfplaats.

Degenen die financiële middelen kunnen aantonen (door werk of via familieleden in België), verkrijgen een verblijfsvergunning voor drie maanden en kunnen zich inschrijven bij een Belgische mutualiteit of bij de HZIV. Voor degenen die bij hun aankomst geen bestaansmiddelen hebben, kunnen drie categorieën worden onderscheiden.

- Personen met een tijdelijk verblijf. Zij die werk zoeken ontvangen een tijdelijke verblijfsvergunning (bijlage 19) als werkzoekende en moeten, bij het strijken van die vergunning, bewijzen aanvoeren van bestaansmiddelen. In het tegengestelde geval krijgen ze een bevel om het grondgebied te verlaten. Deze personen met tijdelijk verblijf hebben niet meer het recht om hun medische kosten door het OCMW ten laste te laten nemen sedert de verspreiding van de circulaire van 2012. Ze kunnen enkel tijdelijk ingeschreven geweest zijn bij een Belgische mutualiteit als ze beschikken over een Europese verzekeringskaart of een ander gelijkwaardig document. Voor de burgers van de 'nieuwe' lidstaten van de EU, zoals Roemenië of Bulgarije, blijven 'overgangsmaatregelen' van toepassing tot januari 2014 voor wat hun toegang tot de arbeidsmarkt betreft. In de praktijk betekent dat aan deze werkzoekenden de bijlage 19 wordt geweigerd.
- Europeanen met tijdelijk verblijf (bijlage 19) in staat van behoefte en zonder Europese verzekeringskaart hebben dus voortaan geen toegang meer tot de gezondheidszorg in België. Wij zien dergelijke personen regelmatig in het kader van onze consultaties. Van de 188 Europese burgers die wij in 2012 in de Centra voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie (COZO) van Antwerpen en Brussel hebben ontmoet, bevond 18% zich in deze situatie, in vergelijking met de 17,5% van de vorige categorie.
- Europeanen zonder verblijfsvergunning in België. Het betreft Europeanen die nooit waren ingeschreven in België of die een bevel tot verlaten van het grondgebied hebben ontvangen. De eersten hebben recht op dringende medische hulp van OCMW's na drie maanden verblijf in België. De anderen hebben er recht op, zodra hun verblijf illegaal wordt. Deze categorie omvat 62% van de Europese burgers die wij in 2012 in onze COZO hebben ontvangen.

In elk geval zal het OCMW in het kader van zijn sociaal onderzoek aan betrokken persoon vragen om te bewijzen dat hij geen (of niet meer een) ziekteverzekering heeft in zijn land van oorsprong. Als de aanvrager effectief is aangesloten bij een ziekteverzekering in zijn land van oorsprong, kan het OCMW hem gedurende een jaar alle hulp weigeren en hem de raad geven om zijn rechten te laten gelden in zijn land van oorsprong.

Getuigenis: Mijnheer Z., 35 jaar (consultaties 'Dokters van de Wereld')

Mijnheer Z. heeft de Macedonische nationaliteit. Hij kwam in België aan in december 2012 en contacteerde onze organisatie op 10 januari 2013. Hij heeft gespecialiseerde medische verzorging nodig en had reeds meerdere consultaties bij huisartsen en specialisten in het kader van MDM.

Bij zijn aankomst had de heer Z. geen verblijf in België, maar omdat hij uit een land kwam zonder visumverplichting, moest hij hier eerst drie maanden verblijven voordat hij hier 'illegaal' verbleef en zich kon wenden tot de OCMW's voor dringende medische hulp.

Omdat noch de heer Z. noch zijn entourage in staat was om zijn behoeften te financieren, hebben wij hem medisch ten laste genomen in maart 2013.

Vanaf maart konden wij hulp van het OCMW tegemoet zien, maar er was het probleem van adres. Zonder inkomsten woonde de heer Z. vanaf zijn aankomst her en der en soms op straat. Momenteel verblijft hij niet op een plaats die als voldoende regelmatig kan worden aangezien om een aanvraag bij het OCMW te kunnen indienen.

Getuigenis: Mijnheer N., 40 jaar (consultaties 'Dokters van de Wereld')

De heer N. heeft de Nederlandse nationaliteit. Hij kwam in België aan in september 2012 met de bedoeling werk te zoeken. Hij logeert bij een vriend die woonachtig is in Brussel.

Hij lijdt aan een chronische ziekte, waardoor hij zeer regelmatig medisch moet worden opgevolgd en dagelijks medicijnen moet nemen. Zonder inkomsten zijnde, heeft hij niet de mogelijkheid om zijn medische kosten te betalen.

Bij zijn aankomst heeft de heer N. een verblijfsvergunning bijlage 19 van de gemeente ontvangen, dus een tijdelijk verblijf als werkzoekende, met een geldigheid tot 19 december 2012. Vóór deze vervaldatum moest hij zich aanbieden bij de gemeente met 'bewijzen een reële kans te hebben om werk te vinden alsmede een cv.' Hij kon deze documenten echter niet voorleggen binnen de gestelde termijn en was dus zonder wettig verblijf in België na het verlopen van zijn verblijfsvergunning. Enkele maanden later begaf de heer N. zich naar de gemeente en verkreeg er eenzelfde vergunning, geldig tot half juni 2013.

Met zijn tijdelijke verblijfsvergunning zou hij zich tijdelijk kunnen aansluiten bij een Belgische mutualiteit, maar enkel mits te beschikken over een Europese verzekeringskaart. Hij heeft een dergelijke kaart echter niet en is overigens niet meer in regel met zijn verzekering in Nederland.

Van het OCMW heeft hij geen recht op medische hulp sedert het verschijnen van de circulaire van 2012, waarbij EU-burgers in staat van behoeftigheid worden uitgesloten van sociale hulp. Mijnheer N. heeft zich in maart 2013 tot het OCMW van zijn gemeente gewend, dat echter medische hulp weigerde gelet op zijn administratief statuut.

Hij heeft momenteel geen enkele toegang tot gezondheidszorg in België en onze organisatie beschouwt zich als genooddaakt om hem medisch ten laste te nemen, ten minste toch tot eind juni.

Twee disfuncties kunnen worden vastgesteld inzake toegang tot gezondheidszorg voor EU-burgers:

- 1) Veel Europeanen in behoeftige toestand hebben geen medische dekking meer in hun land van oorsprong of hebben die nooit gehad.
- 2) In het geval dat de persoon zou beschikken over een gezondheidsverzekering, is hij dikwijls niet in staat om de medische kosten voor te schieten die voor 100% ten laste zijn van de patiënt en dikwijls duizenden euro kunnen bedragen in het geval van hospitalisatie. De persoon in kwestie moet ook effectief terugkeren naar zijn land van oorsprong om eventueel te kunnen genieten van terugbetaling door zijn nationale verzekering en daarbij is het mogelijk dat de bedragen van de terugbetalingen merkkelijk lager zijn dan de effectief in België betaalde kosten. Overigens is het voor het OCMW moeilijk om rekening te houden met de onmogelijkheid voor een persoon om de medische kosten voor te schieten vóór een eventuele terugbetaling.
In de praktijk kan de controle door het OCMW van de verzekeraarbaarheid in het land van oorsprong soms meerdere maanden beslaan en ondertussen is de persoon nog steeds niet geholpen.

5. Besluit

Bij wijze van besluit kunnen we stellen dat we verschillende manieren van toegang tot gezondheidszorg voor personen buiten het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging hebben bestudeerd, die alle vrij ingewikkeld zijn en niet gemakkelijk op administratief vlak. Gelet op het feit dat de opening van rechten gebeurt via de aanvullende hulp van de OCMW's, leidt dit tot verschillende praktijken met grote ongelijkheden inzake de toegang tot gezondheidszorg. Afhankelijk van de verblijfplaats zullen er ook verschillen zijn.

‘Maar mijnheer toch, begrijpt u het niet??? Ge moet eerst bij uw arts gaan om een afspraak te maken, dan komt ge naar het OCMW om de goedkeuring van de tenlasteneming te bekomen, dan keert ge daarmee terug naar uw dokter, vervolgens opnieuw naar het OCMW met zijn voorschrift teneinde terugbetaling te komen. Uiteindelijk is het mogelijk dat juist die geneesmiddelen niet worden terugbetaald.’

Bovendien is het systeem via de OCMW's voor een bevolkingsgroep op de dool niet aangepast, want er is geen mogelijkheid tot het onderling overmaken van dossiers tussen de onderscheiden OCMW's. Als de betrokken persoon verhuist, moet hij de volledige procedure opnieuw doorlopen en daarbij zal de zorgverstrekker mogelijk iemand anders zijn. Het op de dool zijn is overigens typisch voor deze mensen.

Voor zorgverstrekkers die geen administratieve ondersteuning hebben, is het vrij ingewikkeld om een dergelijke bevolkingsgroep te verzorgen, tenzij het OCMW proactief zijn steun zou verlenen inzake eerstelijnszorg. De zorgverstrekker is dikwijls niet vertrouwd met het administratief statuut van betrokkene en ondervindt dus moeilijkheden om de patiënt te helpen om zijn rechten te openen.

De zorgverleners en de begunstigden zijn niet voldoende gewapend gelet op de talrijke ongelijkheden die zich voordoen op het vlak van gezondheidszorg. Dat leidt dikwijls tot uitsluiting, onderbrekingen bij de verzorging, een zekere banalisering van de complexiteit en een zekere latente dwang ten overstaan van een publiek dat reeds genoeg getekend is bij zijn dooltocht.

Het is paradoxaal dat voor een bevolkingsgroep die vanzelf reeds zoveel problemen ondervindt inzake toegang tot gezondheidszorg (taal, reis, cultuur, veelvuldige psycho-medisch-sociale kwetsbaarheden, enz.) de systemen van opening van rechten en de functionering zelf van de toegang tot gezondheidszorg zo complex zijn.

Wat zegt het internationaal recht?

- Wereldgezondheidsorganisatie, 1946: ‘De gezondheid betreft een totaalbeeld van fysiek, psychisch en sociaal welzijn, en betekent niet alleen het afwezig zijn van ziekte of invaliditeit.’
- Universele Verklaring van de Rechten van de Mens 10 december 1948, artikel 25: ‘Eenieder heeft recht op een levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder inbegrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging.’
- OHCHR (Hoog Commissariaat voor de Mensenrechten van de Verenigde Naties), Internationaal Verdrag betreffende economische, sociale en culturele rechten, 3 januari 1976, artikel 12: ‘(...) recht van eenieder om een zo hoog mogelijk niveau te bereiken op het vlak van fysieke en psychische gezondheid.’
- Belgische Grondwet 17 februari 1994, artikel 23: ‘Ieder heeft het recht een menswaardig leven te leiden. Die rechten omvatten inzonderheid: (...) 2° het recht op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand.’
- Europees Sociaal Handvest (herzien), 1966, artikel 11: ‘Eenieder heeft het recht op alle maatregelen die hem in de gelegenheid stellen om een zo goed mogelijke gezondheid te kunnen genieten.’
- Het internationale Verdrag inzake de uitbanning van elke vorm van rassendiscriminatie van 21 december 1965: ‘De staten die partij zijn nemen de verplichting op zich om rassendiscriminatie in al haar vormen te verbieden en uit te bannen en het recht van eenieder, zonder onderscheid naar ras, huidskleur of nationale of etnische afkomst, op gelijkheid voor de wet te verzekeren, in het bijzonder wat het genot op volgende rechten betreft: iv) Het recht op openbare gezondheidszorg, medische verzorging, sociale zekerheid en sociale dienstverlening.’
- Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie, 18 december 2000, artikel 35: ‘Eenieder heeft recht op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging onder de door de nationale wetgevingen en praktijken gestelde voorwaarden. Bij de vaststelling en uitvoering van het beleid en de maatregelen van de Unie wordt een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid gewaarborgd.’
- Internationaal Verdrag inzake de bescherming van alle migrerende arbeiders en hun familieleden, 18 december 1990, artikel 28: ‘De migrerende arbeiders en hun familieleden hebben het recht op alle medische verzorging die dringend noodzakelijk is om hun leven te beschermen of onherstelbare schade aan hun gezondheid te voorkomen, op basis van de gelijkheid inzake behandeling van de inwoners van de betreffende staat. Dergelijke dringende medische verzorging wordt niet geweigerd om redenen van onregelmatigheid inzake hun verblijf of tewerkstelling.’

6. Aanbevelingen

Aanbevelingen van de ‘Dokters van de Wereld’ om administratieve hinderpalen weg te nemen

Op korte termijn:

Een grotere harmonisering en vereenvoudiging van de OCMW-werkwijzen voor de genieters van DMH.

Er bestaan lijsten van goede praktijken, zoals de terugbetaling van een eerste consultatie, een medische kaart geldig voor drie maanden, enz. Het wordt tijd om een en ander te concretiseren. Het Mediprima-project zou een etappe moeten zijn in de goede richting wat de harmonisering van de werkmethoden betreft. Dit project impliceert administratieve tijdbesparing voor de OCMW's.

MEDIPRIMA²⁹

Deze hervorming betreft het geheel van de door de OCMW's verleende medische zorgen en betracht de uniformering, de centralisering en het digitale beheer van beslissingen inzake tenlasteneming van medische zorgverlening door de OCMW's. De HZIV werd aangeduid als nieuwe medespeler in dit kader.

Met Mediprima heeft de wetgever een driedubbele betrachting: zorgverzekering voor de patiënt, de betaling verzekeren aan de zorgverstreker en aan het OCMW, en de POD MI waarborgen dat alle rechtvaardigingsstukken zullen worden overgemaakt die nodig zijn.

Deze hervorming zal in verscheidene fases geschieden. De eerste fase is voorzien voor 1 oktober 2013 en zal enkel de illegaal verblijvende personen betreffen in het kader van dringende medische hulpverlening en dan nog enkel de ziekenhuisdiensten.

In de praktijk zal het OCMW de beslissingen moeten coderen in Mediprima. De POD MI zal in het systeem het type van dekking vastleggen alsmede het terugbetalingsbedrag dat door de POD zal worden ten laste genomen. Aan de betrokken persoon zal een nummer worden toegekend en een document met dat nummer erop. Op basis van dat nummer zal de zorgverstreker in de gegevensbank nagaan of er een prinsipsakkoord is en de goedkeuring vragen om zijn verzorging uit te voeren. Het systeem zal hem de goedkeuring van de tenlasteneming verstrekken door middel van een nummer dat overeenstemt met zijn prestatie; deze goedkeuring moet hij dan voegen bij zijn factuur aan de HZIV.

Het is dus de HZIV die de zorgverstrekkers zal moeten betalen.

29 D. FERON 'Présentation pratique de Mediprima: contexte, organisation et planification' (Praktische voorstelling van Mediprima: context, organisatie en planning), Carrefours du Printemps, 2013.

Het is duidelijk dat deze hervorming een positieve evolutie is in de mate waarin zij aan elke betrokkene de gelegenheid geeft zich vooral te concentreren op zijn domein. Er blijven natuurlijk nog vragen: hoe zullen de OCMW's omgaan met deze eerste hervormingsfase en met de toepassing van een dubbel systeem (ziekenhuizen en eerstelijnszorg)? Aan welke voorwaarden zullen de sociale onderzoeken van de OCMW's moeten voldoen?

'Dokters van de Wereld' is wel bezorgd omtrent het uitstel van het project voor de eerstelijnszorg: er wordt begonnen met de ziekenhuizen in 2013, maar de opnemings van de eerstelijnszorg is pas voorzien in 2015. Er zal dus een dubbel systeem zijn gedurende een lange periode met als gevolg mogelijk verwarring bij de OCMW's.

Op middellange termijn:

Voor de genietters van de aanvullende systemen (DMH, Fedasil, enz.) vraagt 'Dokters van de Wereld' een fusie van deze 'aanvullende' systemen in de zin van een federale en/of regionale kas die dezelfde regels hanteert op het vlak van terugbetaling en controlemechanismen als het RIZIV. Dat zou elk discriminerend karakter van het bestaande systeem³⁰ wegwerken. Deze transfer zou ook de procedures voor terugbetaling aan de medische beroepsbeoefenaars vereenvoudigen. De fusie moet gebeuren voor wat de 'terugbetaling' betreft (zoals voorzien door Mediprima) maar ook inzake de 'opening van rechten voor de patiënten'. De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) zou deze rol kunnen vervullen. Hierdoor zou er een algemene niet discriminerende dekking kunnen komen en zouden de OCMW's ontlast worden.

7. Toegang tot gezondheidszorg voor minderjarige vreemdelingen

Medewerkers van het Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, het Ondersteuningspunt Medische Zorg Antwerpen, het Kruispunt Migratie-Integratie en de vzw Medimmigrant³¹

Meer minderjarigen recht geven op een ziekteverzekering is in ieders belang!

30 Geografische discriminatie voor personen die illegaal in ons land verblijven en die dringende medische hulp nodig hebben: de aanpak kan verschillen van OCMW tot OCMW.

31 Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, www.orientatiepunt.be; Ondersteuningspunt Medische Zorg, Antwerpen, www.medischezorg.be/medische_zorg.html; Kruispunt Migratie-Integratie, www.kruispuntmi.be, www.vreemdelingenrecht.be; Vzw Medimmigrant, www.medimmigrant.be.

7.1 We vertrekken bij de ziekteverzekering voor niet-begeleide minderjarige vreemdelingen

Voor het pleidooi voor een toegang tot de ziekteverzekering voor meer minderjarigen kunnen we de toegang tot de ziekteverzekering voor niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV) als uitgangspunt nemen.³² Niet-begeleide minderjarige vreemdelingen zijn jongeren van vreemde herkomst die in België aankomen zonder hun ouders of wettelijke vertegenwoordigers.

Zij kunnen rekenen op bijstand van een voogd toegewezen door de Voogddienst voor alle stappen die verband houden met hun verblijf in België. Minderjarigen die onderdaan zijn van de Europese Unie³³ worden niet beschouwd als NBMV.

NBMV kunnen ongeacht hun verblijfsstatuut sinds januari 2008 toetreden tot de ziekteverzekering als ze aan de volgende voorwaarde voldoen: ze moeten gedurende drie opeenvolgende maanden naar school gaan of aangemeld zijn bij een preventieve gezinsondersteuningsdienst.³⁴ Hiermee sluit de wetgever niet-begeleide minderjarige vreemdelingen die nog maar kort in België verblijven, expliciet uit. Uit het eindwerk 'Hoe evalueren voogden sinds de verandering in de regelgeving in januari 2008 de toegang tot gezondheidszorg voor hun NBMV?' blijkt dat dit voor de NBMV een goede maatregel was.³⁵

We willen toetreding tot de ziekteverzekering ook graag mogelijk maken voor andere minderjarige vreemdelingen.

7.2 Is de huidige procedure i.v.m. toegang tot gezondheidszorg dan niet voldoende?

Artikel 24 van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind³⁶ stelt dat een kind recht heeft op 'de best mogelijke gezondheid en op gezondheidszorg'. Helaas stellen we vast dat we deze norm niet halen. Kinderen ondervinden namelijk dezelfde barrières als hun ouders wat hun toegang tot zorg betreft. Zo zijn er verschillende procedures voor verschillende categorieën minderjarige vreemdelingen; zorgverstrekkers moeten zich ook constant informeren om te

32 RIZIV-omzendbrief VI nr. 2008/198 van 9 mei 2008, van toepassing vanaf 1 januari 2008.

33 En Economische Europese Ruimte.

34 Kind en Gezin, ONE of vrijgesteld zijn van leerplicht.

35 C. SANTOCONO, *Hoe evalueren voogden, sinds de verandering in de regelgeving in januari 2008, de toegang tot gezondheidszorg voor hun NBMV*, masterproef Master in Management en Beleid van de Gezondheidszorg, VUB, 2009-2010.

36 VN, 20 november 1989.

weten naar welke dienst, wanneer en op welke manier ze hun factuur moeten sturen. Bovendien kent elke procedure ook haar eigen knelpunten, waardoor we niet altijd kunnen spreken van een vlotte toegang tot gezondheidszorg.

Voor asielzoekers geldt er telkens een andere regeling, afhankelijk van de opvangplaats waaraan ze toegewezen zijn of het OCMW op wiens grondgebied ze verblijven of aan toegewezen zijn. Soms is er onzekerheid i.v.m. de terugbetaling van de medische zorgen. Asielzoekers die niet in een opvangcentrum verblijven, bijvoorbeeld, weten pas met zekerheid één week voor de geplande medische zorgen of het Agentschap dat verantwoordelijk is voor de asielzoeker, de medische zorgen zal betalen.

Mensen zonder wettig verblijf hebben recht op medische zorg via de procedure Dringende Medische Hulp³⁷, verleend door het OCMW van hun feitelijke verblijfplaats als ze aan bepaalde voorwaarden voldoen. Maar de procedure is hoogerdrempelig en verschilt sterk van gemeente tot gemeente.

Voor kinderen van burgers van de Europese Unie die in België ingeschreven zijn als werkzoekend en wiens ziekteverzekering in het herkomstland niet meer geldig is, zijn er geen oplossingen, ook al verblijven ze al meer dan drie maanden op het grondgebied en zijn ze behoeftig.

7.3 Ziekteverzekering is ook voor andere minderjarige vreemdelingen noodzakelijk!

Je gezondheidstoestand als minderjarige is bepalend en zelfs determinerend voor de gezondheidstoestand en de maatschappelijke positie die je later zal bereiken.³⁸ Elke minderjarige heeft dus optimale gezondheidskansen nodig om deze ontplooiings- en ontwikkelingsfase goed door te komen.

Het ziekteverzekeringssysteem is voor de meerderheid van de minderjarigen toereikend; 95% van de Belgische bevolking heeft immers een ziekteverzekering.³⁹ De administratie voor zorgverstrekkers die bestaande specifieke procedures (zoals de procedure Dringende Medische Hulp) met zich meebrengt, zou verdwijnen indien alle minderjarigen zouden kunnen instappen in het

37 Art. 57, § 2, 1° van de organieke OCMW-wet en KB 12 december 1996.

38 Uit 'Kinderen zonder ziekteverzekering', bijdrage van Medimmigrant en het Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen voor het Kinderrechtenforum, 2011.

39 Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2009-2014, ingediend door de heer Jo VANDEURZEN, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 26 oktober 2009 (2009-2010), 15.

bestaande ziekteverzekeringssysteem. Een dergelijke maatregel zou de efficiëntie van de toegang tot gezondheidszorg zeker ten goede komen!

Naast de administratieve problemen kan het ook gebeuren dat de ouder (of voogd) de minderjarige omwille van het taalprobleem, culturele verschillen, onvoldoende kan bijstaan. Daarom moet de minderjarige zelf rechthebbende zijn. De minderjarige mag niet het slachtoffer zijn van de keuzes die zijn ouders maken; ze hebben immers niet zelf gekozen voor de voorlopige, onzekere of onwettige verblijfssituatie.

7.4 We geloven in een maatschappelijk en politiek draagvlak

Willen we niet allemaal aan minderjarigen op het grondgebied een goede start in het leven verzekeren door een goede toegang tot gezondheidszorg? Zeker als we ervan uitgaan dat dit ook de algemene volksgezondheid en dus het algemeen welzijn van elke burger ten goede komt.

Door naar analogie van de verzekeraar voor niet-begeleide minderjarigen de voorwaarden van drie maanden schoollopen⁴⁰ op te leggen, worden trouwens enkel minderjarigen beoogd die al een zekere band met België opgebouwd hebben. Minderjarigen die niet de intentie hebben in België te blijven, worden zo expliciet uitgesloten.

Verder kunnen de overheid en ziekenfondsen met hun preventieve voorlichtingscampagnes een heel nieuwe doelgroep bereiken, want vaak zijn deze campagnes enkel gericht op mensen met een ziekteverzekering. Het is algemeen gekend dat preventief werk voordelen op het vlak van gezondheid biedt, alsook een kostenbesparend effect heeft.

Dit zou in lijn zijn met de algemene tendens van de laatste jaren in België om in bescherming te voorzien van minderjarigen via een wettelijk kader. Op het vlak van onderwijs, bijvoorbeeld, voorzag de overheid in recht op onderwijs en onderwerping aan de leerplicht. Verder denken we aan het gebruik van 'terugkeerhuizen' als alternatief voor de opsluiting van gezinnen in gesloten centra. Ook werd in 2004 een koninklijk besluit goedgekeurd dat behoeftige families zonder wettig verblijf recht geeft op opvang in een federaal opvangcentrum. I.v.m. gezondheidszorg erkende de wetgever het belang van de ziekteverzekering voor minderjarigen al in 2008 door een speciaal KB te creëren, waardoor het RIZIV toelating kan geven om een minderjarige zonder wettige

⁴⁰ Of aanmelding bij de diensten voor preventieve gezinsondersteuning.

verblijfsstatus in te schrijven ten laste van de persoon bij wie de minderjarige woont en die voor hem zorgt.⁴¹ Ten slotte vermelden we graag nog eens als voorbeeld van goede praktijkvoering de toekenning van de ziekteverzekering aan niet-begeleide minderjarigen.

7.5 Conclusie

We wensen te onderstrepen dat het hier gaat om een nood aan medische zorg voor een zeer kwetsbare groep. Toegang geven tot het ziekteverzekeringssysteem lijkt ons noodzakelijk en economisch en maatschappelijk verantwoord.

Omdat mensen die voor korte tijd in België verblijven, expliciet uitgesloten worden, zal de toegang tot de ziekteverzekering geen aansporing zijn die nieuwe mensen aanmoedigt om naar België te komen. We gaan er ook van uit dat een vlotte toegang tot gezondheidszorg niet de reden is dat een vertrek uit België in de weg zal staan. Integendeel, mensen met een ziek kind zullen minder geneigd zijn om een initiatief te nemen tot terugkeer zolang hun kind niet de nodige zorg heeft gekregen.

Ten slotte is het ook een morele kwestie en een kwestie van respect voor de basisrechten van het kind. Is het verantwoord om het risico te lopen minderjarigen te onthouden van de nodige medische opvolging en zorg omdat ze (nog) niet de juiste verblijfsdocumenten hebben? De gezondheidstoestand van de minderjarigen op het grondgebied van een staat die zich democratisch noemt, dient een voortdurend aandachtspunt te zijn.

41 KB 12 november 2008 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

B. Asielzoekers

Abstract

Hoewel de medische hulpverlening aan asielzoekers globaal genomen redelijk goed functioneert, zijn er toch enkele categorieën asielzoekers die met bepaalde problemen worden geconfronteerd. Dat zijn voornamelijk de zogenaamde 'no-shows', d.w.z. asielzoekers die niet in een opvangcentrum verblijven. Zij krijgen te maken met logge administratieve procedures (te lange terugbetalingstermijnen, te late waarborgen inzake verzorging, de noodzaak om elke aanvraag voor gezondheidszorg te hernieuwen via de medische cel van Fedasil). Bovendien moeten deze kwetsbare personen zelf hun aanvraag voor verzorging indienen. Wie in een centrum verblijft, heeft in het centrum zelf meestal geen toegang tot geestelijke gezondheidszorg. Overigens varieert de kwaliteit van medische opvolging van het ene centrum tot het andere en hebben de centra het zelf moeilijk om uit te maken wat onder de noodzakelijke medische verzorging valt. Bij de centra van Fedasil is er een meer coherente aanpak.

1. Inleiding

Elke persoon die asiel aanvraagt, heeft tijdens de volledige duur van zijn procedure recht op de bescherming van de Belgische Staat. Een federaal opvangcentrum of een structuur van een van de partners staat in voor die bescherming, die onder meer medische verzorging omvat.⁴² Het staat de asielzoekers vrij om buiten het centrum te verblijven. In dat geval wordt enkel de gezondheidszorg ten laste genomen, via de cel 'medische kosten' van het Federaal Agentschap voor de Opvang van Asielzoekers (Fedasil).

We hebben dus in de eerste plaats Fedasil gevraagd om aan dit hoofdstuk mee te werken en naast het toekenningssysteem van medische hulpverlening aan asielzoekers ook het wettelijke kader te schetsen.

Om de problemen van het medisch personeel op het terrein beter te begrijpen, laten we twee artsen aan het woord: de ene werkt in een opvangcentrum, de andere op het hoofdkantoor van Fedasil.

Omdat asielzoekers vaak af te rekenen hebben met psychologische en psychiatrische problemen, vonden we het ook interessant om twee psychologen te laten getuigen die werken in de 'Clinique de l'Exil', die gespecialiseerd is in hulp aan vluchtelingen, asielzoekers en nieuwkomers.

⁴² 'Wet betreffende de opvang van asielzoekers en bepaalde andere categorieën van vreemdelingen' van 12 juli 2007.

Medewerkers van Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, Ondersteuningspunt Medische Zorg Antwerpen, Kruispunt Migratie-Integratie en Medimmigrant schetsen de problematiek van de 'no-shows' en formuleren aanbevelingen.

2. De toegang tot gezondheidszorg voor asielzoekers

Estelle SPOEL (Fedasil)

De gezondheidszorg voor asielzoekers in België is vastgelegd in de wet van 12 januari 2007: 'Wet betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën vreemdelingen' en het koninklijk besluit van 9 april 2007 (zie bijlagen).

De wet en het KB bepalen dat asielzoekers toegang hebben tot gezondheidszorg om hen een leven te waarborgen conform de menselijke waardigheid.

De praktische uitvoering gebeurt op basis van de RIZIV-nomenclatuur, maar met twee uitzonderingen.⁴³

De eerste uitzondering betreft gezondheidszorg die voorkomt in de RIZIV-nomenclatuur, maar die niet van toepassing is op asielzoekers, omdat deze zorg niet als noodzakelijk wordt beschouwd om een menswaardig leven te leiden. Het gaat onder meer om orthodontie, onvruchtbaarheidsonderzoek en -behandeling, tandprothesen, tenzij er een probleem met kauwen is, zuiver esthetische tussenkomsten, tandverzorging en -extractie onder volledige verdoving.

De tweede uitzondering betreft gezondheidszorg die niet voorkomt in de RIZIV-nomenclatuur, maar die aan asielzoekers wordt verleend omdat ze tot het dagelijkse leven behoort. Het gaat om sommige geneesmiddelen van categorie D, tandextracties, tandprothesen om opnieuw te kunnen kauwen, bril voor kinderen, bril voor volwassenen bij een afwijking van minstens 1D aan het beste oog, aangepaste melkvoeding voor borelingen als borstvoeding niet mogelijk is.

Bovendien kan de medische coördinator van Fedasil een uitzondering maken voor gezondheidszorg die niet in de RIZIV-nomenclatuur voorkomt indien de behandelend geneesheer die noodzakelijk acht.

⁴³ Deze uitzonderingen gelden niet voor asielzoekers die in de LOI's verblijven en voor wie de medische kosten door de POD aan het OCMW worden terugbetaald. De terugbetaling verloopt in overeenstemming met art. 11 van de wet van 2 april 1965.

Asielzoekers moeten worden onderscheiden van de groep erkende vluchtelingen en de personen die subsidiaire bescherming genieten, maar ook van de groep personen zonder wettig verblijf (waartoe eventueel de afgewezen asielzoekers behoren), die er soms mee verward worden en die in België verschillende rechten inzake toegang tot gezondheidszorg hebben.

De asielzoekers kunnen in meerdere groepen worden onderverdeeld. De organisatie van de gezondheidszorg kan verschillen afhankelijk van de opvangstructuur waartoe ze behoren.

Het betreft de volgende groepen:

- asielzoekers opgevangen in een federaal gemeenschapscentrum;
- asielzoekers opgevangen in een gemeenschapscentrum van een van de partners (Rode Kruis, Croix Rouge, ...);
- asielzoekers opgevangen in een particuliere opvangstructuur (Ciré, VWV, ...);
- asielzoekers opgevangen in een Lokaal Opvang Initiatief (LOI);
- ‘no shows’ (asielzoekers die opvang weigeren en zelf privélogies zoeken).

Voor elke groep geven we hierna een kort overzicht van de organisatie van de gezondheidszorg.

2.1 Federaal gemeenschapscentrum

In elk centrum is een medisch team aanwezig, in dienst van Fedasil. De samenstelling van het medisch team varieert per centrum, maar omvat ten minste één verpleegster en meestal ook een of meerdere artsen en een of meer verpleegkundigen. Hun aantal is afhankelijk van het aantal bewoners in het centrum. Sommige teams hebben bovendien een administratief medewerker en drie centra beschikken ook over een interne psycholoog.

Beschikt het centrum niet over een interne arts, dan wordt er een bevoorrechte samenwerking met een externe huisarts aangegaan. Hij staat in voor de noodzakelijke raadplegingen op advies van de verpleegster.

Dit medisch team verleent eerstelijnszorg van het type huisarts met een ‘globaal medisch dossier’. Afhankelijk van de behoeften verwijst het door naar zorgverleners buiten het centrum die deel uitmaken van het Belgische gezondheidssysteem. Elke zorg die door een externe zorgverlener wordt verstrekt, moet worden goedgekeurd door de medische dienst van het centrum, die een aanvraag voor terugbetaling door Fedasil zal overmaken. Fedasil neemt dus

alle kosten voor de gezondheidszorg op zich, op voorwaarde dat ze binnen het kader van de RIZIV-overeenkomst vallen en door een aanvraag van de interne medische dienst van het centrum worden gestaafd. De kosten voor het vervoer naar een externe zorgverlener worden door het centrum ten laste genomen.

Het medisch team van het centrum is door de week aanwezig tijdens de 'kantooruren'. Elk centrum heeft bovendien een permanentie met externe wachtdiensten 's avonds, 's nachts, in het weekend en op feestdagen.

Het medisch team kan een beroep doen op een vertaler (Fedasil neemt de vertaalkosten op zich) als communicatie tijdens de consultatie noodzakelijk blijkt te zijn.

Enerzijds is de gezondheidszorg in de federale centra dus gebaseerd op een systeem van opeenvolgende gezondheidslijnen die een rationale aanpak van de gezondheidszorg mogelijk maken.

Anderzijds wordt van de medische teams een globale zorgverlening gevraagd, waarbij rekening wordt gehouden met de maatschappelijke situatie en de omgeving van de patiënten. Deze patiënten verkeren immers in de onzekerheid over hun toekomst en de duur van hun verblijf op het Belgische grondgebied. Het is mogelijk dat zij naar hun land van herkomst zullen moeten terugkeren, waar de toegang tot gezondheidszorg verschillend is en dikwijls van een lager niveau dan in België. **Die elementen zijn belangrijke factoren voor de continuïteit van de zorgverlening: kan de zorg worden voortgezet nadat deze personen België hebben moeten verlaten?**

Alle medische kosten zijn ten laste van Fedasil.

2.2 Gemeenschapscentrum van een van de partners

Het model van de medische dienstverlening in het opvangcentrum is eerstelijnszorg door een verpleegkundige die, indien nodig, een huisarts contacteert. De huisarts is een externe, onafhankelijke arts met een praktijk in de buurt. Deze arts kan in voorkomend geval doorverwijzen naar een specialist. De medische kostennota's worden door Fedasil betaald.

2.3 Particuliere opvangstructuur

Deze structuur beschikt niet over een medische dienst. Een onafhankelijk huisarts uit de buurt wordt aangewezen om de asielzoekers te verzorgen. De medische kostennota's worden door Fedasil betaald.

2.4 *Lokaal Opvang Initiatief (LOI)*

De tenlasteneming van de asielzoekers, hun medische verzorging inbegrepen, gebeurt door het OCMW dat voor het LOI bevoegd is. De OCMW-raad moet dus de medische verzorging goedkeuren, zoals dat het geval is voor elke persoon die van een OCMW afhangt. De kosten van die medische verzorging worden gedragen door het OCMW, dat door de POD Maatschappelijke Integratie wordt terugbetaald.

2.5 *'No Shows'*

Om verzorging te krijgen, moeten deze asielzoekers zelf hun weg zoeken in het Belgische gezondheidssysteem. Voor elke noodzakelijke verzorging moeten ze vooraf bij het hoofdkantoor van Fedasil een aanvraag indienen.

Elke asielzoeker moet, ongeacht de opvangstructuur waar hij verblijft, een aanvraag indienen voor zorgverstrekking door een externe zorgverlener. Op basis van die aanvraag worden de kosten ten laste genomen.

Asielzoekers veranderen tijdens hun procedure vaak van huisvesting. Dat heeft gevolgen voor de medische verzorging en in het bijzonder voor de continuïteit van de zorgverlening. De periode van de asielaanvraag omvat immers meerdere fasen, die telkens recht geven op een verschillend type van huisvesting. De eerste fase is het verblijf in een asielcentrum (een federaal centrum of een van de partners). Na een procedure van vier maanden heeft elke asielzoeker dan het recht een individueel verblijf (LOI) aan te vragen. Als de asielaanvraag wordt afgewezen, wordt hij uiteindelijk overgebracht naar een terugkeercentrum, waar hij de dertig laatste dagen van zijn verblijf doorbrengt. Daarnaast zijn er nog andere procedures, zoals een aanvraag tot verblijfsvergunning *9ter* (aanvraag tot verblijf in België om medische redenen), die eveneens een invloed kunnen hebben op het soort medische hulp waarop de persoon recht heeft.

Nadat de asielaanvraag is geweigerd en er een einde aan de opvang komt, kan een medisch probleem een reden zijn om de materiële hulp te verlengen. Wanneer een asielzoeker plots een levensbedreigende aandoening heeft, wanneer tijdens de behandeling blijkt dat hij aan een ernstige chronische ziekte lijdt of bij opname in het ziekenhuis, kan hij om medische redenen een verlenging van het recht op verblijf vragen. Zijn medisch dossier wordt dan onderzocht om advies over het verzoek te kunnen verstrekken. Is het advies positief, dan mag deze persoon in het opvangcentrum blijven en krijgt hij voor de tijd van de medische verzorging weer dezelfde rechten.

3. Gesprek met Myriam Scholtès, arts in een opvangcentrum van Fedasil

Kunt u in het kort uzelf en het centrum waar u werkt voorstellen?

Ik werk als arts in een opvangcentrum voor asielzoekers in Virton (centrum van Fedasil). Ik werk er halftijds met een team van twee, eveneens halftijdse, verpleegsters, een persoon die ook bijna halftijds instaat voor het onthaal (een beetje zoals in een wijkgezondheidscentrum dus) en een doktersassistente.

Het centrum heeft een capaciteit van 140 personen, van wie 38 niet-begeleide minderjarigen (de zgn. NBMV). De rest zijn alleenstaanden of families, met soms jonge kinderen. Vier voormiddagen in de week is er een open consultatie en verder zijn er, indien nodig, ook consultaties op afspraak (groot aantal nieuwe asielzoekers, noodzaak van een tolk, eventueel per telefoon, en ingewikkelde consultaties die meer tijd vergen).

Welke rechten hebben de asielzoekers in de centra inzake toegang tot gezondheidszorg?

Wat de rechten van de patiënten betreft, zijn wij gebonden aan de opvangwetgeving die sinds januari 2007 ongewijzigd is, ondanks de schommelingen van het aantal asielzoekers (verzadiging van het netwerk van eind 2008 tot 2012) en de huidige budgettaire beperkingen.

Zoals u kunt vaststellen, is de toegang tot gezondheidszorg voor asielzoekers vrij goed gewaarborgd zolang ze in een opvangcentrum verblijven. Fedasil betaalt alle facturen, voor zover er een aanvraag van de medische dienst bijgevoegd is (d.i. een waarborg dat de zorgverstrekker of apotheek zal worden vergoed).

In de praktijk hanteren wij de criteria voor toegang tot de gezondheidszorg die worden opgelegd door het RIZIV (ook als de bewoners van het centrum geen sociale zekerheid hebben, met uitzondering van niet-begeleide minderjarigen, de NBMV), behalve voor sommige onderzoeken, zoals een onvruchtbaarheidsonderzoek.

In theorie zouden de NBMV bij de mutualiteit van hun voogd ingeschreven moeten zijn en zouden zij – of veeleer Fedasil, omdat het Fedasil is die de zorgverstrekking betaalt – een terugbetaling van de zorgverstrekkingskosten kunnen genieten, maar in de praktijk gebeurt dat zelden (de voogden?) en momenteel behandelen wij de NBMV in elk geval zoals volwassenen.

Onze werkomgeving is samengevat in een medisch ‘vademecum’, intern bij de medische diensten van Fedasil.

Is de toegang tot gezondheidszorg voor alle asielzoekers rechtvaardig uitgebouwd?

Wij pogen sommige aanvragen (die soms massaal zijn wegens de ‘gratis’ zorgverlening) op rationele wijze te evalueren op basis van noodzakelijkheid (pijn), de tijd dat de klachten al aanslepen, de mate waarin ze de persoon beperken of het risico op uitbreiding van de klachten. We zullen dus zelden overgaan tot de behandeling van oude klachten die draaglijk zijn, wat trouwens heel relatief is. Het gaat uiteraard om een schifting die nogal arbitrair kan zijn. Mensen die bijna doof zijn, krijgen daarentegen soms een hoorapparaat. Soms worden zelfs kunstgebitten verstrekt indien blijkt dat de patiënt niet voldoende kan kauwen. Brilmonturen en brillenglazen worden voor NBMV volledig terugbetaald, ongeacht de oogafwijking. Voor volwassenen gebeurt dat pas vanaf een zekere dioptrie.

De vaccinaties voor kinderen zijn tot de leeftijd van 18 jaar ten laste van ONE/Kind en Gezin, de schoolarts of Fedasil.

De organisatie van de gezondheidszorg kan variëren naargelang de opvangstructuur waartoe ze behoren (federaal centrum, centrum van het Rode Kruis, LOI). Kan de toegang tot gezondheidszorg ook verschillen tussen de opvangcentra onderling?

Zonder enige twijfel. De federale centra (Fedasil) zijn immers de enige die beschikken over artsen die officieel aangesteld zijn. Zij zijn beter op de hoogte van de rechten van de patiënten en kennen de beperkingen op het vlak van zorgverlening. Er zou uiteraard een inspanning moeten worden gedaan om de toegang tot gezondheidszorg te uniformeren. Dit wordt momenteel onderzocht.

Hebben asielzoekers in een centrum ook toegang tot preventieve gezondheidszorg?

Welke problemen daaromtrent ervaren asielzoekers (hinderpalen van financiële, administratieve, psychosociale, culturele, structurele, ... aard)?

De opsporing van diverse kankers blijft een schemerzone binnen onze algemene organisatie (er is geen systematische screening zoals bij de autochtone bevolking), maar de meeste asielzoekers zijn nog vrij jong. We werken dus eerder op verzoek (bijvoorbeeld voor de opsporing van baarmoederhalskanker) en geval per geval.

De consultaties bij een psycholoog worden ook door Fedasil ten laste genomen, a rato van maximaal twee keer per maand, voor zover ze worden aangevraagd door het medisch team van het centrum (met een aanvraagformulier).

Merkt u bij de bewoners culturele hinderpalen wat de toegang tot gezondheidszorg betreft?

Soms. Een keer was er een weigering om op consultatie te gaan bij een mannelijke gynaecoloog, terwijl we geen alternatief konden aanbieden. Ook consultaties bij een psycholoog worden soms moeilijk aanvaard, maar dat heeft niet louter met cultuur te maken. Ook bij de Belgische bevolking bestaat er nog steeds een soort drempelvrees. Sommigen zijn bang om het etiket 'gek' opgeplakt te krijgen.

Doet u systematisch een beroep op vertalers tijdens uw consultaties? Kan taal volgens u een belemmering zijn voor de zorgverlening?

Ik doe meerdere keren per dag telefonisch een beroep op vertalers van een sociale tolkendienst, meer bepaald Bruxelles Accueil. Het centrum in Virton is te afgelegen om een vertaler daadwerkelijk te laten komen.

Zelf kan ik sommige consultaties niet doen zonder enige voorgeschiedenis te kennen! Bij gebrek aan een tolk (exotische taal) probeer ik me uitzonderlijk ook wel te behelpen met Google Translate, met alle onvolkomenheden en risico's van die vertalingen. De meeste patiënten zijn echter opgelucht als er een inspanning wordt gedaan om hen te begrijpen.

Doorgaans probeer ik te vermijden een andere asielzoeker of een kind van de familie als tolk in te schakelen. Dat is echter wel al gebeurd toen het niet anders kon (bijvoorbeeld buiten de openingsuren van de sociale tolkendienst). Soms maak ik een volgende afspraak, op een ogenblik dat ik hoop een beroep te kunnen doen op een vertaler, om dan de anamnese te kunnen vervolledigen.

De periode van de asielaanvraag beslaat meerdere fasen die elk recht geven op een verschillend type logies (federaal centrum, LOI enz.). Heeft dat wisselen van centra een invloed op de kwaliteit van het zorgaanbod, meer bepaald op de voortzetting van de zorgverlening?

Wanneer de bewoners het centrum verlaten, gaan zij:

- ofwel naar een LOI, waar ze ten laste komen van een OCMW. Zonder daarvan precieze voorbeelden te kunnen geven, heb ik reeds horen vertellen dat

het vervolg van de verzorging (bv. bij een psycholoog) sterk verschilt van OCMW tot OCMW;

- ofwel naar een terugkeercentrum omdat hun procedure is beëindigd (negatieve beslissing), waar ze zoals in andere Fedasil-centra worden ‘behandeld’ in ‘afwachting’ van hun terugkeer naar het thuisland. Dikwijls ‘verdwijnen’ afgewezen personen op weg naar deze centra en wordt de toegang tot gezondheidszorg onzeker, afhankelijk van het al of niet dringende karakter van de klachten indien ze zich bij een wachtdienst aanmelden.

4. *Getuigenis uit de praktijk van de ‘Clinique de l’Exil’*

Paul JACQUES⁴⁴, Nouné KARA KHANIAN⁴⁵

Wij werken sinds dertien jaar als psycholoog bij de Dienst Geestelijke Gezondheidszorg, die gespecialiseerd is in hulp aan vluchtelingen, asielzoekers en nieuwkomers. Wij geven hier onze kijk op de medische zorgverlening aan asielzoekers. Al jarenlang werken we nauw samen met de diverse opvangstructuren van Wallonië en België: Fedasil-centra, centra van het Rode Kruis, Lokale Opvang Initiatieven (LOI) van de OCMW’s, de partners van CIRE (Coordinations et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers, de Waalse tegenhanger van Vluchtelingenwerk Vlaanderen) zoals Seso en Caritas. Ook al zijn we niet als arts werkzaam, toch lijkt het ons interessant onze mening te geven, onder meer omdat talrijke klachten bij de arts van psychologische of psychiatrische aard zijn.

We geven hier geen objectieve evaluatie, maar willen enkel een paar belangrijke elementen van deze problematiek belichten. We zullen het in dit hoofdstuk niet hebben over de medische zorgverlening in gesloten centra, omdat dit reeds uitvoerig werd besproken in het evaluatieverslag van de Federale Ombudsman⁴⁶ van 2009. Wel beschrijven we de werking van de medische hulpverlening en stippen we enkele moeilijkheden aan die we ondervonden.

44 Psycholoog – ‘Clinique de l’exil’, DGG – Provincie Namen – specifiek project voor psychologische hulpverlening aan migranten en vluchtelingen – erkend door de SPW, Waals Gewest.

45 Kinderarts en psycholoog in Armenië; arts en psycholoog in Moskou, werkt sinds vijftien jaar als psycholoog in België, ‘Clinique de l’exil’ – Provincie Namen – Specifiek project voor psychische hulpverlening aan migranten en vluchtelingen – goedgekeurd door de SPW, Waals Gewest.

46 Federale Ombudsman, 2009, medische zorgen in gesloten centra, <http://www.federaalombudsman.be/fr/rapports>.

4.1 Medische zorg

In de Fedasil-opvangcentra worden psychotherapeutische zorgen meestal terugbetaald, evenals de vertaalkosten van de sociale tolkdienst Setis. Voor asielzoekers die in een Lokaal Opvang Initiatief (LOI) verblijven, neemt het OCMW de psychotherapeutische zorg ten laste. Een zeldzame keer echter weigert het OCMW, raadt het de persoon af een psycholoog te raadplegen, of betaalt het het vervoer of de sociale tolk van Setis niet.

Wat de 'no-shows' betreft, is het aanvraagstelsel vanuit praktisch oogpunt vrij ingewikkeld (gebruik van fax, antwoordtermijn, logge administratieve procedure voor de zorgverstreker, geen garantie op terugbetaling, taalprobleem voor de asielzoekers enz.). Dat maakt dat de 'no-shows' niet op de hoogte zijn van hun rechten of er afstand van doen.

We geven enkele voorbeelden. In de periode dat de opvangcentra verzadigd waren, woonden sommigen op straat of in hotels in afwachting van een code 207.⁴⁷ Die personen verkeerden niet in de mogelijkheid om hun gezondheidskosten door Fedasil te laten terugbetalen. Anderen kregen geen verblijfplaats toegewezen en konden genieten van sociale hulp van een OCMW in plaats van materiële hulp. Bepaalde bewoners van opvangstructuren, die er sinds enkele maanden vertoefden, kregen sociale hulp van een OCMW naar hun keuze door de opheffing van code 207. Deze maatregel stuitte op verzet van de OCMW's in de grote steden, die een dringende herverdeling van de lasten vroegen. Doorliep de asielzoeker de asielprocedure nog, zonder verblijfsvergunning en zonder mutualiteit, dan ontving hij toch sociale hulp en was het OCMW bevoegd voor de medische zorgen. Maar dat paste het principe van dringende medische hulp toe, terwijl het niet om illegalen ging!

We benadrukken dat de Opvangwet in theorie bepaalt dat de toestand van de asielzoeker na dertig dagen verblijf in een gemeenschapscentrum geëvalueerd wordt. In principe gebeurt dat door de sociaal assistent van het centrum, die nagaat of de opvang beantwoordt aan de specifieke behoeften van de asielzoeker. Het personeel gaat na of de persoon tekenen vertoont van een zekere kwetsbaarheid, zoals dat het geval is bij personen die gefolterd zijn of een andere vorm van zwaar psychologisch, fysiek of seksueel geweld hebben ondergaan. In de praktijk blijkt deze verplichting vaak een dode letter te zijn.

⁴⁷ Een verplicht inschrijvingspunt wordt toegewezen aan elke persoon die opvang kan genieten. Die toewijzing heeft tot doel te bepalen welke overheid bevoegd is om opvang te verlenen en waar de vreemdeling materiële hulp kan krijgen.

Volgens de Opvangwet wordt de opvang in twee stadia georganiseerd: na een verblijf van vier maanden in een gemeenschapscentrum heeft de asielzoeker de mogelijkheid om doorverwezen te worden naar een geïndividualiseerde opvangstructuur (LOI van een OCMW of een privéverblijf bij een van de partners van CIRE). Dat gebeurt voor gezinnen, maar alleenstaanden moeten vaak meer dan een jaar wachten bij gebrek aan voldoende plaats in een LOI.

4.2 De gezondheid van asielzoekers

De ervaringen van asielzoekers zijn vrij specifiek.⁴⁸

- Asielzoekers leven in een situatie van onzekerheid die hun gezondheidstoestand zowel fysiek als psychologisch beïnvloedt: verbanning, uitsluiting, wachten op het resultaat van de procedure, verliezen op allerlei vlak, trauma's en mogelijke ziekten vóór hun migratie, onzekerheid over het resultaat van de procedure, dicht op elkaar wonen, leegloperij, verlies van sociale status, isolement, materiële onzekerheid. De wachttijd tijdens de procedure is een tussentijdse situatie, een situatie vol onzekerheid over de toekomst. Dat onveilige gevoel zorgt onvermijdelijk voor angst, die een weerslag heeft op de psychische gezondheid.
- Dikwijls zijn de symptomen van psychisch lijden een normale reactie op abnormale omstandigheden, maar soms was er vóór de migratie ook al een mentale pathologie of een psychisch trauma als gevolg van foltering (gevangenis, verkrachting, massamoorden enz.).
- In veel culturen veruitwendigt psychisch lijden (stress, angst, rouw, psychische of relatieconflicten, onuitgesproken problemen enz.) zich in fysieke symptomen zonder dat er van een organische ziekte sprake is. Psychisch lijden komt tot uiting bij een huisarts, die vaststelt dat onderzoek door een specialist niets oplost. Hij verwijst de patiënt dan door naar een psychotherapeutisch psycholoog. In zeldzame gevallen verwijst hij rechtstreeks door naar een psychiater. Nederlandse en Canadese studies hebben aangetoond dat asielzoekers meer psychische en somatische klachten hebben dan de doorsneebevolking of migranten in het algemeen.
- Deze studies tonen ook aan dat, hoe langer de procedure duurt, hoe meer klachten er zijn, in het bijzonder psychische klachten.

⁴⁸ Zie onder andere de website van Pharos in Nederland: <http://www.huisarts-migrant.nl/index.php/asielzoekers/>.

- Asielzoekers hebben een minder goede gezondheidstoestand dan de doorsneebevolking. Ze vertonen dikwijls psychotraumatische klachten en symptomen van depressie en angst.
- De helft van de asielzoekers heeft chronische fysieke problemen (pijn aan de schouder, pijn in de rug, hoofdpijn).
- Tuberculose komt bij asielzoekers twintig keer vaker voor en asielzoekers worden regelmatig gescreend. Naar hiv is geen systematisch onderzoek gedaan.
- Frequent vastgestelde klachten bij kinderen van asielzoekers zijn:
 - ondergewicht, voedselgebrek, gehoor- of gezichtsstoornissen, tandproblemen;
 - risico op foetale hiv-besmetting;
 - kinderen die de ouderrol overnemen;
 - gedrags-, slaap- en aandachtsstoornissen;
 - angst, bedwateren.
- Vrouwelijke asielzoekers waren mogelijk het slachtoffer van seksueel geweld. Vrouwen zijn het voorwerp van specifieke geweldvormen (gedwongen huwelijk, verkrachting, seksuele uitbuiting, geweld binnen het huwelijk, genitale verminking, discriminatie enz.).
- Veel asielzoekers hebben een moeilijke relatie met de officiële instanties en hun vertrouwen is soms moeilijk te winnen.
- De medische aspecten van de asiel- en verblijfsprocedure staan centraal.

4.3 Medische opvolging

We benadrukken dat de medische opvolging van asielzoekers in België doorgaans van hoogstaande kwaliteit is. Slechts zelden gebeurt het dat asielzoekers in opvangstructuren (Fedasil, Rode Kruis, LOI of CIRE-partners) geen adequate gezondheidszorg krijgen. Uiteraard varieert de kwaliteit van de gezondheidszorg van de ene structuur tot de andere, zoals overal in de geneeskunde. De arts is steeds professioneel onafhankelijk. Indien hij wordt tewerkgesteld door Fedasil of werkzaam is bij het Rode Kruis, is hij onafhankelijk t.o.v. de centrumverantwoordelijke. Hij is ook onafhankelijk t.o.v. Fedasil, de Dienst Vreemdelingenzaken of de advocaat van de asielzoeker.

Zoals reeds vermeld, maakt de verpleegster of de sociaal assistent (in LOI) de afspraak met de huisarts. De arts behoudt volledig zijn diagnostische en therapeutische vrijheid. In de praktijk moet de behandelende arts uitmaken of en welke verzorging nodig is conform de Opvangwet. Zo beslist de arts of er bepaalde onderzoeken moeten gebeuren bij een specialist (scanner, gynaecoloog, oogspecialist, psychiater enz.). Voor sommige medische behandelingen, zoals een zware operatie, zal de huisarts eventueel het advies vragen van de directie of de coördinerende arts van Fedasil.

Wanneer de asielzoeker in een Lokaal Opvang Initiatief (LOI) verblijft, baseert het OCMW zich op de RIZIV-nomenclatuur en niet op de ruimere Opvangwet. Medische kosten die niet op de RIZIV-lijst voorkomen, zijn ten laste van het OCMW, wat tot discussie kan leiden.

Meteen bij aankomst in een opvangstructuur wordt de asielzoeker ingelicht over het type gezondheidszorg waarop hij recht heeft. De rol van de verpleegkundige in deze centra is essentieel: hij is de schakel tussen de asielzoeker en de arts. Hij kan enigszins onafhankelijk de aanvragen filteren. De verpleegkundigen staan ook in voor de verdeling van de geneesmiddelen op voorschrift, houden de medische dossiers bij en volgen deze op, brengen verslag uit bij de arts, maken afspraken met externe zorgverstrekkers, maken afspraken met de sociale tolkdienst (Setis) inzake externe consultaties enz. In de praktijk moet de asielzoeker om organisatorische redenen (in het weekend bijvoorbeeld) en om misbruik te voorkomen, zijn geneesmiddelen in een doos op naam ophalen bij de receptie (permanentie) van het centrum.

Er wordt van de asielzoeker een medisch dossier samengesteld. In principe krijgt enkel het medisch personeel dat gebonden is door het medisch beroepsgeheim toegang tot het medisch dossier. De onafhankelijkheid van de verpleegkundigen in de centra van Het Rode Kruis blijkt groter te zijn dan die in de Fedasil-centra omdat daar de arts nadrukkelijk aanwezig is en van nabij het medisch dossier opvolgt. Bij een transfer naar een ander centrum wordt het dossier overgemaakt.

De communicatie tussen de arts en de asielzoeker verdient bijzondere aandacht. Gewoonlijk doen de medische diensten geen beroep op de sociale tolkdienst (Setis). Soms is er wel telefonisch contact, maar meestal is het behelpen en laat de asielzoeker zich vergezellen door een familielid of een andere asielzoeker, wat problemen kan veroorzaken op het vlak van vertrouwelijkheid en vertrouwen.

Op advies van de behandelende arts, meestal na advies van de coördinerende arts bij Fedasil, kan de Dispatching Fedasil de plaats van het verblijf veranderen of schrappen als de gezondheid van de bewoner dat vereist. Een dergelijke transfer moet de asielzoeker in principe de kans bieden te leven in een opvangstructuur die beter aan zijn medische behoeften beantwoordt (zwaar zieken, rolstoelgebruikers, blinden enz.).

Van het personeel in de opvangcentra wordt doorgaans veel verantwoordelijkheidszin en een scherp oordeelsvermogen vereist. Het medisch personeel moet ook blijk geven van een open en respectvolle houding tegenover de bewoners. Meestal is het personeelsbestand vrij stabiel, zodat een vertrouwensband ontstaat met bewoners die langdurig in een centrum verblijven. Slechts hier en daar is het personeel wat minder gemotiveerd.

Werken in een multidisciplinair team, samengesteld uit artsen, verpleegkundigen en sociaal assistenten, is een troef om de situatie van de bewoner globaal aan te pakken. Dat kan vooral in de Rode Kruiscentra waar regelmatig overlegvergaderingen plaatsvinden. Het is immers stresserend om met een dergelijk publiek en aanverwante problematieken te werken, vooral met de huidige asielpolitiek en -opvang, die een grote inzet vraagt waar niet iedereen toe bereid is.

Werken in een moeilijke omgeving vereist extra opleiding (inzake communicatie, taalcursussen, omgaan met conflicten, antropologie enz.), naast interviews en ervaringsuitwisseling tussen het verzorgend personeel.

Wat werkorganisatie betreft, hebben de bewoners via de verpleegkundige doorgaans gemakkelijk toegang tot de arts, vooral in de Fedasil-centra waar de arts steeds dezelfde is. In de Rode Kruiscentra is de arts extern en minder rechtstreeks bereikbaar.

Voor kleinere medische problemen heeft de verpleegkundige een filterende rol, aangezien de arts niet iedereen kan ontvangen. Dat kan een risico zijn bij spoedeisende gevallen of bij een complex medisch probleem dat niet tijdig wordt ontdekt. In principe zouden de toegang tot kwalitatieve gezondheidszorg en de continuïteit ervan niet belemmerd mogen worden om budgettaire redenen. Daarbij is het medisch dossier belangrijk, vooral bij een transfer van het ene naar het andere centrum of wanneer de persoon het centrum verlaat. De verpleegkundige verstrekt zorgen, maar uiteindelijk blijft de arts medisch verantwoordelijk.

Meestal wordt het medisch beroepsgeheim goed nageleefd en zijn er geen problemen als de bewoner een specialist nodig heeft.

4.4 Moeilijkheden

- Tuberculose komt vaak voor bij asielzoekers. De gespecialiseerde opvang van deze patiënten is ingewikkeld.
- Soms voelt het personeel zich overstelpt met werk, omdat met een beperkt team een grote groep bewoners moet worden opgevolgd. Er is weinig externe controle. Omdat de asielzoekers afhankelijk zijn van het centrum, kunnen ze de beslissingen van het personeel soms als arbitrair of als machtsmisbruik aanvoelen.
- Het personeel voelt zich voor bepaalde problemen dikwijls op zichzelf aangewezen, zonder voldoende omkadering of adequate vorming. De opvang en verzorging zijn immers niet evident, omdat het om ‘moeilijke’ gevallen gaat: psychiatrische patiënten, d.w.z. patiënten met een zware pathologie, zoals psychose of schizofrenie, bewoners met een verslaving, gedragsproblemen of agressiviteit enz. In deze gevallen moet in principe een aangepaste opvang georganiseerd worden, maar na meerdere disciplinaire transfers worden zij onhandelbaar! Voor psychiatrische patiënten is er niet in specifieke opvang voorzien. Bij Fedasil is er lange tijd sprake geweest van de uitbouw van een gespecialiseerd centrum, maar dat zorgt voor deontologische problemen. Onder de psychiatrische gevallen rekent men ook personen (vooral mannen) die lijden aan symptomen van een psychotraumatisch syndroom, waardoor ze soms overgaan tot zelfverminking of agressie en/of misbruik van drugs en alcohol. Symptomen zoals teruggetrokkenheid of neerslachtigheid zijn op zich niet storend, maar een getraumatiseerd persoon mag niet worden verward met een drugsdealer of misdadiger.

Zelfs als het verzorgend personeel blijk geeft van een respectvolle, menselijke en warme ingesteldheid, kunnen sommige bewoners zich toch veel-eisend opstellen. Soms zijn er communicatieproblemen als gevolg van taalbarrières en culturele verschillen. Sommige bewoners hebben irrealistische verwachtingen van het medisch personeel. Artsen worden onder druk gezet om attesten af te leveren, vooral wanneer de afgewezen asielzoeker probeert om medische redenen een verblijfsvergunning te krijgen. Dat is nog meer het geval als een advocaat de aanvraag verdedigt. Klachten die de bewoner als ernstig beschouwt, worden door de arts soms geïnterpre-

teerd als overdrijving of dramatisering, vooral dan bij sommige culturen. In de landen van de voormalige USSR, bijvoorbeeld, is de consultatie van een specialist een gewone zaak, terwijl het in België de huisarts is die een gespecialiseerd onderzoek voorschrijft. Dat wordt dan door de bewoner slecht begrepen en veroorzaakt bij hem een gevoel van frustratie, wat tot agressieve reacties kan leiden.

- Soms vragen bewoners te veel afspraken of medische onderzoeken. Bepaalde bewoners hebben de neiging om dikwijls een arts te bezoeken. Dat kan worden verklaard door het feit dat de arts beschikbaar is en de bewoners in een omgeving van stress, werkloosheid en angst voor de toekomst leven, waardoor een fysiek en psychisch onbehagen ontstaat. De vraag naar medische afspraken is ook het gevolg van een hoog aantal ernstige ziekten bij asielzoekers. Asielzoekers zijn dikwijls naar België gekomen om er verzorging te krijgen of een medisch attest waarmee ze een verblijf kunnen aanvragen (regularisatie 9ter). Dat soort vraag naar consultaties irriteert de artsen als ze van oordeel zijn dat de ziekte niet voldoende ernstig is om een verblijfsaanvraag te rechtvaardigen, hoewel het natuurlijk de arts van de Dienst Vreemdelingenzaken is die moet uitmaken of de vraag gegrond is, rekening houdend met het risico op onmenselijke of vernederende behandeling bij een terugkeer naar het land van herkomst.
- Vanuit het oogpunt van medische en ethische onafhankelijkheid moet het onderscheid tussen de medische aansprakelijkheid van de arts en de administratieve aansprakelijkheid van de directeur van het centrum of het OCMW duidelijk zijn. In de ogen van de bewoner mag de arts niet worden beschouwd als iemand die voor de directie of voor de Dienst Vreemdelingenzaken werkt, maar moet hij als onafhankelijk worden gezien. Die onafhankelijkheid is zonder twijfel duidelijker voor asielzoekers die in LOI verblijven, waar de arts van de gemeente of buurt de behandelende arts is. Als gevolg van de officiële samenwerking tussen de Dienst Vreemdelingenzaken en Fedasil heeft de arts van een opvangcentrum van Fedasil soms het gevoel dat de belangen van de patiënt en die van de Belgische Staat met elkaar zijn vermengd.
- Zoals de International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) het stelt, is het bij de asielprocedure van belang om slachtoffers van foltering meteen bij hun aankomst te identificeren, om een aangepaste procedure mogelijk te maken en ze effectief toegang te verlenen tot diensten die snel algemene hulp aanbieden. Door middel van medische en psychologi-

sche rapporten kunnen de gevolgen van de foltering worden beschreven. Deze gedetailleerde verslagen moeten worden opgesteld volgens de richtlijnen van het Protocol van Istanbul en leveren belangrijke informatie bij de evaluatie van de asielaanvraag door het Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en Staatlozen (CGVS).⁴⁹ Voor een vlugge identificatie van de asielzoekers met een psychisch trauma vormt de door 'Protect'⁵⁰ voorgestelde vragenlijst een belangrijk, onmisbaar werktuig voor het verzorgend personeel.

4.5 Besluit

Ons standpunt is gebaseerd op meer dan tien jaar praktijkervaring in een gespecialiseerde dienst van de geestelijke gezondheidszorg. Idealiter zou een neutrale instantie een grondige evaluatie moeten maken van de organisatie van de gezondheidszorg binnen elke opvangstructuur (Fedasil, Rode Kruis, LOI van OCMW's enz.).

Doorgaans kunnen asielzoekers die tijdens de asielprocedure in onthaalcentra worden opgevangen, rekenen op een degelijke gezondheidszorg. Alleen ondervinden ze een aantal hinderpalen en moeilijkheden (zie *supra*).

De medische hulpverlening moet op elk vlak (persoonlijk, familiaal, sociaal-juridisch) rekening houden met de globale toestand van de persoon en zal effectiever zijn als ze in team gebeurt, met respect voor het (gedeelde) beroepsgeheim. Het psychische welzijn van de bewoners en een menswaardige opvang beperken het risico op ziekten, spanningen en agressie. Daarbij heeft de ondersteuning en voortdurende vorming van het personeel in de opvangstructuren een gunstige invloed op het welbehagen op het werk.

In de gemeenschapscentra, vooral in een plattelandsomgeving waar weinig openbaar vervoer is, verminderen factoren zoals begeleiding, de mogelijkheid om gemeenschapswerk te doen, zich bij te scholen, uitstappen te maken, de kinderen naar school te laten gaan en een degelijke, professionele rechtsbijstand het gevoel in een 'open gevangenis' te leven, zoals sommige asielzoekers het noemen nadat ze enkele maanden in een gemeenschapscentrum hebben verbleven. Wanneer asielzoekers een minimale controle op hun leven kunnen hebben, geeft hen dat een gevoel van waardigheid en zelfrespect. Nietsdoen, op elkaar geprangd zitten, een kinderachtige behandeling en een gevoel van

49 <http://www.ecre.org/component/content/article/57-policy-papers/248-ecrecommentsrecastapd2011.html>.

50 <http://www.parcours-exil.org/Conference-PROTECT.html>.

onmacht veroorzaken of versterken daarentegen depressieve of psychosomatische symptomen (zoals hoofdpijn, slapeloosheid, hartkloppingen, maagstoornissen, eetstoornissen enz.). Wanneer bij de directie van het centrum discipline en veiligheid primeren op het aspect van menswaardige opvang, zal samenleven moeilijker zijn en de frustratie groeien, met als onrechtstreeks gevolg een stijging van de aanvragen voor medische consultatie.

Persoonlijke opvang in kleine structuren biedt meer respect voor de zelfstandigheid en intimiteit van de asielzoekers en maakt een zorgverlening mogelijk die meer geïndividualiseerd is en aangepast aan de behoeften (op het vlak van opleiding, studie, werk, gezondheidszorg, sociaal-juridische opvolging enz.).

De opvang 'op kleine schaal' beantwoordt aan de persoonlijke behoeften van sommige kwetsbare personen (gezinnen, niet-begeleide minderjarige vreemdelingen, alleenstaande moeders met kinderen, gehandicapten of zieken enz.). Asielzoekers hebben recht op een privéleven, op afzonderlijke leefruimten en afzonderlijke kamers voor ouders en kinderen. Zoals CIRE⁵¹ het onlangs beklemtoonde, is een opvangsysteem dat op het vlak van menswaardigheid flexibel en kwaliteitsvol is, een goed preventie-instrument tegen ziekten en relatieproblemen, angsten en gedragsproblemen.

Toen de opvangmogelijkheden verzadigd waren tijdens de opvangcrisis werd een deel van de asielzoekers geconfronteerd met uitsluiting, gevaren en een gebrek aan gezondheidszorg. Daarna volgde een nieuw tijdperk. Door een meer restrictief en rationeel migratie- en asielbeleid, als gevolg van de oprichting van een staatssecretariaat voor Asiel en Migratie, is ook de opvang zelf geëvolueerd: snellere procedures, met dus kortere verblijven, meer turn-over van de asielzoekers, een lijst van veilige landen, een kleiner aantal asielzoekers, de sluiting van de spoedcentra die tijdens de opvangcrisis waren opgericht, de oprichting van 'terugkeercentra', een wantrouwige opstelling t.o.v. de zgn. 'valse' aanvragers van 'medisch asiel', een beperking van de onderzoeken bij geneesheren-specialisten om consultaties te voorkomen die enkel bedoeld zijn om medische attesten te verkrijgen voor een verblijf om medische redenen (9^{ter}), regelmatige weigering door de Dienst Vreemdelingenzaken om een medische verblijfsvergunning (9^{ter}) af te leveren, budgettaire beperkingen in het opvangbeleid, een bevel om het grondgebied te verlaten zodra er een negatief advies is van het Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en Staatlozen (CGVS), een stijging van het aantal uitzettingen enz. De pers en

51 <http://cire.be/thematiques/accueil-demandeurs-dasile-et-retour-volontaire/accueil-des-demandeurs-dasile/861-communique-de-presse-30-juillet-2013-des-economies-oui-mais-pas-au-detriment-du-modele-d-accueil-individuel>.

dus de publieke opinie schilderen asielzoekers niet af als personen die lijden, maar als illegale vreemdelingen die misbruik maken van het systeem en komen profiteren, de rust verstoren en onze samenleving bedreigen. Laat ons ervoor zorgen dat het personeel dat asielzoekers opvangt, zich door hen niet laat inspireren tot een restrictief en dus repressief opvangbeleid. Laat ons ervoor zorgen dat de opvang in de eerste plaats menswaardig en respectvol blijft.

5. Gesprek met Mark Vanderveken, coördinatiearts bij Fedasil

Wil u zichzelf even voorstellen?

Ik ben medisch coördinator in het hoofdkantoor van Fedasil en ik behandel asielzoekers die niet in een centrum verblijven, maar wel in een LOI of in een hotel tijdens de crisis, met de no-shows enz.

Wat zijn de rechten van asielzoekers wat de toegang tot gezondheidszorg betreft?

De wet van 2007 omvat de wettelijke rechten, maar stemt niet overeen met de werkelijkheid. De wet is zeer ruim en laat veel toe, maar niet iedereen kent het systeem.

Er bestaat soms een groot verschil tussen gezondheidszorg en gezondheid. Gezondheidszorg draagt een beetje bij aan de gezondheid, maar wat mensen gezond maakt, is niet de dokter, maar al de rest. Indien alle andere aspecten worden verwaarloosd, gaat de gezondheid achteruit. Dat is doorgaans het geval voor asielzoekers, die achteruitgestoken zijn op het vlak van mobiliteit, relaties, verstaanbaarheid en de mogelijkheid zich uit te drukken of gehoord te worden. Al de genoemde factoren maken voor 80% de gezondheid van de mensen uit.

Hebben asielzoekers een rechtvaardige toegang tot gezondheidszorg?

De toegang tot gezondheidszorg wordt hen niet geweigerd, maar het probleem is dat wij hen te weinig ontmoeten. Bij aankomst kennen ze weinig of niets van het systeem. Wie in een gemeenschapsinstelling terechtkomt, gaat bij een huisarts langs en vindt daarna de juiste weg. Maar wie van bij het begin niet naar een gemeenschapscentrum gaat, raakt wat op de dool. Er zijn asielzoekers die de ene specialist na de andere opzoeken. Ze krijgen dan veel verzorging, maar hun gezondheid verbetert niet. Enige coördinatie en coherentie zijn noodzakelijk, want lukraak een beroep doen op gezondheidszorg komt hen niet ten

goede. Hun grootste probleem is dat ze het systeem niet begrijpen en zich afvragen waarop ze recht hebben. Meer duidelijkheid zou al een grote stap zijn.

Is er een verschillende toegang tot gezondheidszorg naargelang de structuur waarvan ze afhangen?

Er is geen fundamenteel verschil naar mijn weten. Maar wanneer asielzoekers na X aantal maanden recht hebben op een individuele opvangplaats, zullen ze die vragen omdat leven in een gemeenschapscentrum niet zo aangenaam is.

Op het vlak van activiteiten en begeleiding is het zelfs erg! Op dat vlak moeten er maatregelen worden genomen. Ik geef dikwijls het volgende voorbeeld: hoe voelt u zich als ouder als u 6 maanden lang uw kind niet kunt zeggen: 'Kijk eens welk lekker eten papa of mama heeft klaargemaakt'? Gezondheidszorg zal de gezondheid van die mensen niet verbeteren. Bepaalde activiteiten zullen hen wel hun zelfvertrouwen teruggeven.

Wanneer is er preventieve gezondheidszorg mogelijk?

Preventieve gezondheidszorg is vrijwel onbestaande. Mijn taak bestaat erin gezondheidszorg te verstrekken. Dus probeer ik een eventueel probleem te verhelpen, maar kan ik niet zeggen hoe het met de mensen gaat. Er wordt in het begin geen systematische gezondheidsbalans opgemaakt. Sommige artsen zullen zich focussen op besmettelijke aandoeningen, terwijl anderen zich zullen beperken tot de klachten en vragen van de patiënt. Op het vlak van psychische gezondheid is nog maar weinig gedaan, hoewel de meesten met psychische problemen kampen. Hoe kan men aan zorgverlening doen als men de noden zelfs niet kent? Zo wordt iemand die zegt dat hij rugpijn heeft, soms naar een tolk gestuurd om de spanning te doen afnemen, terwijl een andere een verwijzing naar een radioloog krijgt. Het is frappant dat men in België niets afweet van hun psychische toestand, terwijl in Nederland bij de helft van de asielzoekers een trauma werd vastgesteld. Als men dat weet, kan men een en ander in een juistere context plaatsen, maar als men daar niet van op de hoogte is, bestaat het risico dat personen plots hun zelfbeheersing verliezen. Een asielzoeker is niet om het even wie! Bij ons wordt geen systematische balans van de patiënten opgemaakt. Zijn ze ziek, dan moeten ze worden verzorgd en daar stopt het. De zorgverlening is niet gericht op de specifieke noden van een asielzoeker. Het belangrijkste probleem van een asielzoeker is dikwijls traumagebonden. Het is een trauma gerelateerd aan het vertrek, aan de reis en ten slotte aan de aankomst hier. Een asielparcours is verre van aangenaam. Toegang verlenen tot preventieve zorg betekent ook dat men openstaat

voor de culturele karakteristieken van een patiënt. Sommige zorgverstrekkers volgen een opleiding, maar dat gebeurt niet systematisch. Als ik zorgverleners zou ondervragen over wat ze weten, bijvoorbeeld over Afghanistan, denk ik dat de antwoorden zeer mager zullen uitvallen.

Zijn er financiële hinderpalen?

Ik denk niet dat er in de centra financiële hinderpalen zijn. Er zijn wel administratieve problemen en die zijn soms erg zwaar. Het systeem van de aanvragen is log en veroorzaakt veel problemen. Soms schrijven artsen zaken voor die niet worden terugbetaald. Als we hen naderhand dan moeten meedelen dat ze sommige zaken niet kunnen hebben, zorgt dat voor conflicten. Men kan nu eenmaal niet alles op de aanvraag vermelden, terwijl met een chipkaart alles meteen duidelijk zou zijn.

Zijn asielzoekers voldoende op de hoogte van hun rechten inzake toegang tot gezondheidszorg?

Ze hebben vaak andere prioriteiten, dus gaan ze niet meteen op zoek naar informatie. Het zou interessant zijn om de asielzoekers te begeleiden. Hoe dichter men bij hen staat, hoe beter men antwoorden kan geven en deuren kan openen als ze bereid zijn ertegen te duwen. Begeleiding is echter een zeldzaamheid. Volgens mij is de belangrijkste vraag wat men van de opvang verwacht. Fedasil is het federaal agentschap voor de OPVANG van asielzoekers. Waaruit bestaat die opvang? Maakt gezondheid daar deel van uit? Iedereen heeft zijn definitie van opvang. Er wordt nogal los omgesprongen met de definitie van opvang op het vlak van gezondheid: houdt die ook psychische gezondheid in? Preventieve gezondheidszorg? Gezondheidszorg op lange termijn?

Volgens mij moet opvang in de eerste plaats de persoon bescherming bieden. Vervolgens moet men proberen om hem te begrijpen. Inzake gezondheid is er echter geen evaluatie! We bieden een antwoord op de angsten en problemen van de patiënten, maar we kennen ze niet echt. Daarom is het noodzakelijk om een beroep te doen op tolken en niet enkel voor medische zorgverlening.

We moeten de mensen de kans bieden hun verhaal te doen. Opvang is immers ook een kwestie van begeleiding. Ik denk dat de gezondheidsdiensten in de opvangcentra deze rol goed vervullen, omdat de mensen de professionele zorgverleners in vertrouwen nemen en dat is op zich reeds goed. Maar men moet elkaar vooral kunnen begrijpen. Door een gebrek aan systematische opvolging is er onvoldoende inzicht in en kennis van de gezondheidstoestand van deze personen.

Sommigen zijn goed geïnformeerd over hun toegangsmogelijkheden tot gezondheidszorg, maar hun gezondheid zal niet verbeteren door allerlei onderzoeken en afspraken met specialisten. Er is niet zozeer een probleem op het vlak van rechten inzake toegang tot gezondheidszorg, maar wel op het vlak van informatie over hoe het systeem werkt en hoe men er gebruik van kan maken om een optimale gezondheid te bekomen. Er moet ook met culturele kenmerken rekening worden gehouden. Er zijn erg weinig cultureel bemiddelaars. Ik heb psychiaters reeds vele keren horen zeggen: 'We begrijpen elkaar nog steeds niet!' En dat kost waanzinnig veel geld! Een tolk zou de communicatie kunnen verbeteren. Het budget is echter gehalveerd. Tolken en een multiculturele opleiding voor de zorgverstrekkers zijn twee factoren die de culturele problemen bij de zorg voor migranten zouden kunnen verhelpen. Daar wordt momenteel echter nog weinig aan gedaan.

Ik doe systematisch een beroep op vertalers, maar niet iedereen is daartoe bereid. Sommigen denken misschien dat het te duur is, maar het moet ook gezegd dat het systeem weinig praktisch is. Je moet telefoneren met een code. Sommigen kennen het telefoonnummer niet en maken dus geen gebruik van het systeem. Nochtans kan men ook zonder al die codes gewoon contact met Setis opnemen.

De asielprocedure bestaat uit meerdere fases. Dat is een heel slechte zaak. Er zijn al maanden nodig om het werk op te starten! Er is tijd nodig om een relatie uit te bouwen, om vertalers te vinden,... Als je dan aan het werk gaat en het begint vlot te verlopen, dan blijkt de patiënt soms plots verdwenen en was alle moeite voor niks! Veel artsen raken daardoor ontmoedigd. De transfers binnen ons land zelf zouden moeten verminderen. Die mensen zijn reeds genoeg verhuisd, ze hebben nood aan stabiliteit! Het door Fedasil uitgewerkt systeem is niet echt geniaal te noemen: één maand hier, vier maanden daar enz.

Als besluit meen ik te kunnen stellen dat de gezondheid van deze migranten niet al te best wordt aangepakt. Zorgverlening is nodig en die kunnen ze krijgen zoveel ze willen, maar de zaken zouden zoveel beter verlopen als een en ander wordt gecoördineerd en geregeld door eenzelfde persoon die dicht bij hen staat. Er is een organisatie nodig om de verspreiding van asielzoekers te regelen. Er moet vooral over hun gezondheidsaanpak worden nagedacht. In sommige centra zijn er sociaal werkers ingeschakeld om in contact te treden met asielzoekers, door hen bijvoorbeeld te vergezellen naar de winkel of thee met hen te drinken. Hun aandacht gaat uit naar mensen die weinig spraakzaam zijn en er niet goed uitzien. In dergelijke centra stelt men vast dat er minder afspraken met een arts nodig zijn. Het zijn niet de gezondheidszorgen die de gezondheid van de mensen bepalen.

Wat bepaalt de gezondheid van asielzoekers? We moeten asielzoekers proberen te begrijpen. Het gaat dan niet alleen om de woorden die ze zeggen. Daar ligt de taak van de cultureel bemiddelaar! Het werk van een cultureel bemiddelaar is goedkoper dan dat van een arts en het is bovendien veel efficiënter! Maar... er bestaat geen RIZIV-nomenclatuur voor.

Het probleem met asielzoekers is dat men ze ook later moet kunnen opvolgen. Na het verlaten van het centrum worden ze dikwijls vluchteling of illegaal. Hoe kan men die postperiode voorbereiden? De zorgverlening in het centrum is natuurlijk nodig, maar er moet ook worden gedacht aan de periode erna. Voor mij is de toegang tot gezondheidszorg een te onvolledig facet. Dat is het geval voor alle uitgesloten, de toegang tot gezondheidszorg wordt verleend omdat het zo voorgeschreven is, maar gezondheid heeft geen voorchriften.

Het belangrijkste voor deze mensen is dat men in hen geïnteresseerd is. Pas daarna moet worden bekeken of gezondheidszorg noodzakelijk is. Gezondheidszorg verlenen kan echter niet gebeuren zonder de globale begeleiding van een persoon te verzekeren. In de eerste plaats omdat er veel meer verzorging zal nodig zijn en vervolgens omdat men zonder globale begeleiding niet voldoende invloed op hun gezondheid heeft.

6. De ‘no-shows’

medewerkers van ‘Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen’, ‘Ondersteuningspunt Medische Zorg Antwerpen’, ‘Kruispunt Migratie-Integratie’ en de vzw ‘Medimmigrant’.

6.1 Overzicht van de situatie

Ook als de asielzoekers ervoor kunnen kiezen om buiten de aangewezen opvangstructuur te verblijven, blijft Fedasil bevoegd voor de betaling van de medische kosten. In 2007 werd daarom de Cel Medische Kosten opgericht om de toegang tot de gezondheidszorg voor de ‘no-shows’ te vergemakkelijken. In plaats van zich naar het aangewezen opvangcentrum te begeven voor de betaling van de medische kosten, moet een aanvraag bij de Cel Medische Kosten worden ingediend. De vordering moet gebeuren door een zorgversrekker, een sociale organisatie of de patiënt zelf en vóór de medische consultatie. Indien de aanvraag niet tijdig wordt ingediend, kan de zorgverlener in

geval van dringende medische kosten een attest 'dringende zorg' bij de factuur toevoegen om terugbetaling van Fedasil te krijgen.

Hierna beschrijven we enkele courante problemen i.v.m. de betaling van medische kosten van 'no-shows'.

6.2 Problemen aangaande de werking van de 'Cel Medische Kosten' van Fedasil

- 1) 'No-shows' en zorgverstrekkers zijn er dikwijls niet van op de hoogte dat ze vóór de consultatie een aanvraag moeten indienen bij de 'Cel Medische Kosten' van Fedasil. Zij die er wel van op de hoogte zijn, beschikken niet steeds over de nodige infrastructuur (fax of internet) om hun aanvraag in te dienen.
- 2) De aanvraag kan pas één week voor de consultatie ingediend worden. Dat veroorzaakt bij de zorgverstrekker en de patiënt onzekerheid over de betaling van de zorg en kan de praktische organisatie van de zorgverlening in de weg staan.
- 3) De zorgverstrekker en de patiënt zijn sterk afhankelijk van de toegankelijkheid en snelheid van de 'Cel Medische Kosten'. Een snel antwoord is niet steeds evident.
- 4) De continuïteit van de medische zorg is niet verzekerd, want de 'Cel Medische Kosten' verleent geen goedkeuring meer nadat het statuut van de betrokkene is gewijzigd (de aanvraag is bijvoorbeeld afgewezen of de persoon werd als vluchteling erkend). De betaling moet dan op een andere manier gebeuren, bijvoorbeeld door tussenkomst van de ziekteverzekering, maar in de praktijk verloopt dat niet steeds naar wens.

6.3 Nood aan meer duidelijkheid voor de zorgverstrekkers

Het recht op verzekering en terugbetaling van medische kosten hangt dikwijls af van het verblijfsstatuut van de vreemdeling. We hebben hierboven enkele problemen geschetst, maar het blijft voor de zorgverleners moeilijk om het verblijfsstatuut van de patiënt na te gaan en dus te weten welke betalingsmethode mogelijk is en welk pakket van medische zorgen is gewaarborgd.

De asielzoekers die in een gemeenschapsopvangstructuur verblijven, kunnen meestal een arts van het centrum raadplegen. Daarentegen vormen de ‘no-shows’ een zeer kwetsbare groep inzake toegang tot gezondheidszorg wegens hun ‘onzichtbaarheid’ en het gebrek aan sociale begeleiding. Daarom zijn maatregelen op korte termijn noodzakelijk.

6.4 Enkele voorstellen om het systeem inzake toegang tot gezondheidszorg voor de ‘no-shows’ te verbeteren

6.4.1 Voorstel om een informatiedocument voor ‘no-shows’ te creëren

De asielzoekers en de zorgverstrekkers zijn dikwijls niet op de hoogte van de regeling voor de betaling van medische kosten door de ‘Cel Medische Kosten’ van Fedasil.

Om de zorgverleners te informeren over de noodzakelijke administratieve stappen, zou de asielzoeker een document kunnen meebrengen waarin de algemene werking van de ‘Cel Medische Kosten’ van Fedasil wordt uitgelegd.

Dat document zou alle nuttige informatie voor de arts kunnen omvatten, zodat die de betaling van de medische kosten kan regelen, meer bepaald:

- het type van medische zorg waarop de asielzoeker recht heeft krachtens de Opvangwet en het KB van 9 april 2007;
- de betalingswijzen;
- de termijn waarin de Cel Medische Kosten van Fedasil voor een goedkeuring moet worden gecontacteerd;
- de wijze waarop men een patiënt doorverwijst.

Dit inlichtingendocument zou kunnen worden gebruikt op het ogenblik dat de asielzoeker de Dienst Vreemdelingenzaken of Fedasil ervan op de hoogte stelt dat hij ervoor kiest niet langer in het aangewezen opvangcentrum te verblijven. Dit document zou ook toegankelijk kunnen worden gemaakt op de website van Fedasil.

6.4.2 Voorstel om voor de ‘no-shows’ een goedkeuringsformulier te creëren dat gedurende één maand geldig is

Dit model zou kunnen worden afgegeven op het ogenblik dat de asielzoeker de Dienst Vreemdelingenzaken of Fedasil inlicht over zijn keuze om niet in

het aangewezen opvangcentrum te verblijven. Dat kan de dag van de asielaanvraag zijn of tijdens de procedure ingeval medische verzorging nodig blijkt.

De goedkeuring zou één maand geldig zijn en voorzien zijn van een foto van de betrokken persoon (net zoals op zijn bijlage 25/26). Bij voorkeur zou op de aanvraag ook de naam van de huisarts voorkomen die door de asielzoeker werd gekozen. Dat systeem (naar analogie van het globale medische dossier) zou de band tussen de patiënt en de huisarts versterken.

De huisarts zou dan met Fedasil een nota voor akkoord ondertekenen, die samen met de goedkeuring door Fedasil aan de asielzoeker zou kunnen worden overhandigd. Deze nota, die ook zou moeten kunnen worden gedownload van de website van Fedasil, zou de volgende elementen moeten bevatten:

- het type medische zorg waarop de asielzoeker recht heeft krachtens de Opvangwet en het KB van 9 april 2007;
- de betalingswijzen;
- de geldigheidsperiode van de goedkeuring (bij voorkeur een maand);
- de wijze waarop de arts een patiënt kan doorverwijzen.

De huisarts zou tijdens de geldigheidsduur van de goedkeuring de patiënt zelf kunnen doorverwijzen naar een verzorgingsinstelling, een specialist of een apotheker. De goedkeuring van Fedasil zou zo ook van toepassing zijn op de zorgverstrekker naar wie de patiënt wordt doorverwezen.

De huidige reglementering zou van toepassing blijven voor asielzoekers die niet voor een vaste zorgverstrekker zouden opteren.

De zorgverlener of de asielzoeker moet vóór de medische zorgverlening de Cel Medische Kosten van Fedasil contacteren voor goedkeuring. Wanneer dat niet mogelijk blijkt, moet de zorgverstrekker bovendien de factuur en een attest van dringende medische zorgverlening aan Fedasil bezorgen. Als volgens de Opvangwet de asielzoeker recht heeft op medische zorg, zal Fedasil de kosten aan de zorgverstrekker of apotheker terugbetalen.

De voordelen van een goedkeuring door Fedasil zijn de volgende:

- 1) de zorgverstrekker kan uit de goedkeuring afleiden dat Fedasil bevoegd is voor de betaling van de medische kosten. Dat kan de werklust verminderen en voor de zorgverstrekker en de betrokken persoon de administratieve stappen vereenvoudigen;

- 2) werken met een vaste huisarts biedt als voordeel dat de medische gegevens op één plaats gegroepeerd en bewaard worden. Zo worden overbodige behandelingen en herhalingen van onderzoeken vermeden, wat kostenbesparend is. Meer nog, de uitwisseling van gegevens en de verwijzing van een patiënt naar andere zorgverstrekkers (bijvoorbeeld bij een hospitalisatie) zullen vlugger gebeuren;
- 3) Fedasil kan de goedkeuring verlenen voor een bepaalde periode, waardoor de continuïteit van de verzorging en de minder dure eerstelijnszorg (huisarts in plaats van spoeddiensten ziekenhuis) worden verzekerd.

6.4.3 *Deelnemen aan Mediprima, een goed idee voor de asielzoeker, Fedasil en de zorgverstrekker?*

De POD Maatschappelijke Integratie lanceerde in de herfst van 2013 een informaticasysteem Mediprima, waarin zorgverleners alle nodige inlichtingen kunnen terugvinden op basis van het identificatienummer van de sociale zekerheid (INSZ). Voordien bevatte het systeem enkel informatie over de door de OCMW's betaalde medische kosten. Mediprima bevat gegevens van asielzoekers die in een Lokaal Opvang Initiatief verblijven, personen waarvan de verblijfsaanvraag om medische redenen (*9ter*) ontvankelijk werd verklaard en personen met een onwettig verblijf die een medische tussenkomst vragen in het kader van Dringend Medische Hulp (DMH). Het OCMW verricht een maatschappelijk onderzoek bij de hulpaanvrager en voert de beslissing in het informaticasysteem in. De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) betaalt aan de zorgverstrekker de kosten die ten laste worden genomen door de POD Maatschappelijke Integratie.

Mediprima bevat momenteel geen informatie over de betaling van medische kosten van de 'no-shows' of van hen die in een collectieve opvangvoorziening verblijven. Als Mediprima ook de door Fedasil ten laste genomen asielzoekers zou bevatten, zou dat een enorme meerwaarde bieden voor Fedasil, de zorgverstrekkers en de vreemdelingen zelf. De zorgverleners zouden over duidelijker informatie beschikken over de betaling van de medische kosten: wie is bevoegd voor de terugbetaling, welke kosten worden ten laste genomen en welke administratieve stappen moeten er worden gezet? Dat zou de administratieve rompslomp heel wat vereenvoudigen. Veel zorgverstrekkers zullen bovendien al met deze werkwijze vertrouwd zijn, omdat ze ook voor OCMW-patiënten wordt toegepast.

Fedasil zou zijn beslissingen inzake zorgverstrekking snel kunnen aanpassen als het verblijfsstatuut wijzigt.

Dit flexibel systeem beschermt ook tegen fraude. De uiteindelijke beslissing inzake de tenlasteneming van de zorg zit vervat in het informaticasysteem. De betrokkene kan zijn informatieformulier (met foto) met het INSZ-nummer voorleggen aan de zorgverstreker. Noch de asielzoeker, noch de zorgverstreker kunnen de beslissing wijzigen.

7. Besluit

Voor de zorgverstrekkers en de 'no-shows' is het niet altijd evident te weten of Fedasil de medische zorgen ten laste neemt. Als de evaluatie van Mediprima gunstig uitvalt, zou ook Fedasil het systeem kunnen invoeren. Zo zouden zorgverstrekkers op basis van het INSZ-nummer van de asielzoeker kunnen nagaan welke betalingswijze van toepassing is. Deze databank zou de aan de asielzoekers verstrekte medische zorg kunnen vergemakkelijken.

Om op korte termijn de zorgverstrekkers te informeren dat de medische kosten van de 'no-show' worden terugbetaald, zou Fedasil een informatieformulier en een goedkeuringsmodel van één maand kunnen gebruiken. Dat zou de administratieve rompslomp vereenvoudigen en de werklast verminderen. Zo zou de keuze voor een vaste huisarts ook worden aangemoedigd.

C. Personen die niet meer in orde zijn met de mutualiteit

Ivan DECHAMPS⁵² (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten)
en Eric COLLE⁵³ (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten)

Abstract

België beschikt over een systeem van sociale zekerheid waarbij een verzekeringselement (de sociale zekerheid) en een bijstandselement (sociale hulp) worden gecombineerd. Inzake gezondheidszorg ondersteunen deze twee principes de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging enerzijds en de medische hulp verstrekt door de OCMW's anderzijds.

Doorheen de tijd werd de verzekeringsdekking (gefinancierd door bijdragen van werknemers en werkgevers) uitgebreid tot nieuwe bevolkingsgroepen, zodat momenteel 99% van de bevolking verzekerd is. Nochtans zijn sommige personen niet gedekt door deze verzekering of verlaten ze het systeem om diverse redenen.

Onderstaand artikel geeft de regels van de verzekeraarheid weer en ontleedt de redenen voor uitsluiting van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging alsmede de manieren van heraansluiting bij de sociale zekerheid.

1. Context: de sociale bescherming (sociale zekerheid en sociale bijstand)

Na heel wat moeite, onderhandelingen, discussies en studies beschikt België over een nagenoeg universeel, volledig en behoorlijk performant systeem van sociale bescherming steunend op een combinatie van het verzekeringsprincipe (dat de grondslag vormt voor de sociale zekerheid) en een hulpverleningsprincipe (waarop de sociale bijstand of, nog beter uitgedrukt, de sociale hulpverlening *sensu lato* gebaseerd is).

Dit systeem van sociale bescherming is nagenoeg universeel want het beschermt het grootste deel van de Belgische bevolking door zijn verschillende regimes (algemeen stelsel en stelsel voor loontrekkenden, stelsel voor zelfstandigen, openbare dienst) en het beschermt tegen de meeste risico's van verslechtering van de materiële levensomstandigheden dankzij zijn diverse

52 Adviseur maatschappelijk werk, Directie Sociale Dienst, Nationale Unie van Socialistische Ziekenfondsen, Solidaris.

53 Directeur Sociale Dienst van de Mutualiteit Saint-Michel, Nationale Alliantie van Christelijke Mutualiteiten.

takken (gezondheidszorg, arbeidsongeschiktheid en zwangerschap, werkloosheid, kinderbijslag, beroepsziekten, arbeidsongevallen, pensioenen, enz.).

Dit systeem is vrij volledig want het omvat twee grote pijlers tegelijkertijd:

1. het werk: het systeem verzekert de vergoeding van risico's die aan het werk zijn gerelateerd (het betreft de sociale zekerheid van het type Bismarck, d.w.z. voornamelijk gefinancierd door bijdragen van werknemers en werkgevers⁵⁴: verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, werkloosheidsverzekering⁵⁵, kinderbijslag, beroepsziekten, arbeidsongevallen, ouderdoms- en overlevingspensioenen);
2. de verzorging: het systeem solidariseert, op basis van een voorafgaand inkomensonderzoek, de vergoeding van de risico's die personen riskeren als ze niet of niet voldoende werken (het betreft de sociale hulp *s.l.* gefinancierd door de progressieve inkomstenbelasting: leefloon, sociale hulp *sensu stricto*, gewaarborgd inkomen voor bejaarden, tegemoetkomingen voor gehandicapten, gewaarborgde kinderbijslag).

Het systeem functioneert redelijk goed ("redelijk" want het is niet volmaakt) vermits Europese statistieken (EU-SILC 2011) ons een armoederisico van 15,3% toekennen, wat lager is dan het Europees gemiddelde (EU-27: 16,9%) maar veel hoger zou zijn indien er geen sociale overdrachten zouden zijn: zonder deze laatste (maar met de huidige pensioenstelsels) zou 27,8% van de Belgische bevolking in armoede leven (indien alle tegemoetkomingen zouden worden afgeschaft, met inbegrip van ouderdoms- en overlevingspensioenen, zou dat cijfer zelfs 42% bedragen).⁵⁶

54 Maar niet alleen daarvan. De financiering is ook, voor een kleiner deel (ongeveer 40%) afkomstig van de federale Staat (directe subsidies, aan het RIZIV toegewezen ontvangsten door heffing op de autoverzekering of de verzekering tegen werkongevallen, alternatieve financiering afkomstig van de btw, accijnzen op tabak of taks op stock options, bijzondere bijdrage voor sociale zekerheid berekend volgens de personenbelasting van de belastingplichtige).

55 Met de bijzonderheid van de inpassingsvergoedingen (vroeger wachtvergoedingen) die worden toegekend aan jongeren die bepaalde studies hebben gedaan zonder dat ze hebben gewerkt, noch hebben betaald aan de werkloosheidsverzekering.

56 Met grote verschillen tussen de Gewesten: 19,2% in Wallonië en 9,8% in Vlaanderen in 2011; 28,2% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in 2007 (recentste EU-SILC-cijfers beschikbaar voor dit Gewest). Van 2004 tot 2011, gaat deze globale prestatie niet achteruit: ze schommelt tussen 14,3% en 15,3% (tussen 17% en 19,2% in Wallonië, 10,8% en 9,8% in Vlaanderen, 27% en 28,2% in Brussel – van 2004 tot 2007 voor dit Gewest). Zie de websites www.luttepauvrete.be, <http://statbel.fgov.be> en www.mi-is.be (Interfederaal Amoeдебарометер) (mei 2013).

2. De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging: in- en uittreding uit het systeem

De bescherming van de sociale verzekering inzake gezondheidszorg wordt georganiseerd d.m.v. verschillende stelsels naargelang de verzekerde werkt als loontrekkende⁵⁷ of als ambtenaar (algemeen stelsel) of nog als zelfstandige (stelsel van zelfstandige werknemers). De algemene principes zijn bepaald in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en in het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van die wet.

De regeling inzake verzekerbaarheid is doorheen de tijd geëvolueerd en is gekenmerkt door een voortdurende uitbreiding tot alle categorieën van de bevolking, zodat momenteel ongeveer 99% van de Belgische bevolking verzekerd is voor geneeskundige verzorging.⁵⁸ Historisch gezien heeft het behoren tot de categorie van betaalde arbeid de eerste basis gelegd voor toetreding tot het systeem van sociale zekerheid, meer bepaald tot dat van de ziekteverzekering.

Geleidelijk aan werd het systeem uitgebreid tot andere bevolkingsgroepen: zelfstandigen, werkzoekenden, gepensioneerden, gehandicapten..., zodat bijna de gehele bevolking verzekerd is en kan genieten van terugbetaling van medische kosten. Sedert 1998, na een grondige wijziging van de wetgeving, volstond het simpele feit van in België als inwoner ingeschreven te zijn om een recht te openen op een verzekeringswaarborg. Deze mogelijkheid wordt als een residuaire categorie beschouwd in vergelijking met de andere.

De reglementering voorziet in een lijst van mogelijke situaties die recht geven en blijven geven op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Om dit recht te openen op terugbetalingen van geneeskundige zorgen, is het dus noodzakelijk te voldoen aan een van de hierna opgesomde hoedanigheden (art. 32 gec. wet 1994):

- loontrekkenden;
- zelfstandigen en hun helpers⁵⁹;

57 Er bestaan specifieke regimes voor koopvaardijzeelieden en mijnwerkers.

58 FOD Sociale Zekerheid, *Overzicht van de sociale zekerheid in België*, Brussel, 2011, 195. Beschikbaar op de website www.socialsecurity.fgov.be (mei 2013).

59 Sinds 1 januari 2008 kunnen zelfstandigen dezelfde terugbetaling van medische zorgen genieten als werknemers in loondienst. Het onderscheid tussen grote en kleine risico's bestaat niet langer.

- loontrekkenden of zelfstandigen die als arbeidsongeschikt werden erkend en de loontrekkenden en zelfstandigen in zwangerschapsverlof;
- werknemers in gecontroleerde werkloosheid (ze behoren tot het algemeen stelsel);
- de werknemers wier maatschappelijke toestand behartigenswaardig is, die niet meer onder de Belgische wetgeving betreffende de sociale zekerheid der werknemers vallen⁶⁰ (zij behoren tot het algemeen stelsel);
- zelfstandigen die tot de voortgezette verzekering zijn toegelaten en zelfstandigen die de sociale verzekering in geval van faillissement genieten;
- werknemers die recht hebben op rustpensioen;
- werknemers die als mijnwerker recht hebben op een invaliditeits- of rustpensioen;
- statutaire ambtenaren van openbare diensten, in actieve dienst of gepensioneerd (met inbegrip van het onderwijzend personeel, beroepsmilitairen, ambtenaren van de NMBS... – zij behoren tot het algemeen stelsel);
- zelfstandigen die de normale pensioenleeftijd hebben bereikt en ten minste één jaar beroepsactiviteit als zelfstandige aantonen, en zelfstandigen die, in die hoedanigheid, een rustpensioen genieten dat reeds een aanvang nam vooraleer zij de normale pensioenleeftijd hebben bereikt;
- personen die in het Rijksregister van de natuurlijke personen (TRN) zijn ingeschreven en wegens hun gezondheidstoestand als ongeschikt zijn erkend om een inkomen uit arbeid te bekomen, en dit vanaf de leeftijd van 15 jaar;
- studenten die onderwijs van het derde niveau volgen in een instelling voor dagonderwijs (zij behoren tot het algemeen stelsel);
- personen die zijn ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen⁶¹ (zij behoren tot het algemeen stelsel);
- weduwen en weduwnaars van de hogervermelde gerechtigden;
- kinderen van de hogergenoemde gerechtigden, die volle wezen zijn en recht hebben op kinderbijslag;
- leden van religieuze gemeenschappen (zij behoren tot het algemeen stelsel);
- niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV – zij behoren tot het algemeen stelsel).

Bovendien kunnen bepaalde personen terugbetaling genieten van gezondheidszorg als ze ten laste zijn van de genoemde rechthebbenden (voor zover

60 In dat geval is het recht op terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen beperkt tot een bepaalde periode, de zogenaamde 'periode van voortgezette verzekering'.

61 Zijn echter uitgesloten: personen die recht hebben of kunnen hebben op terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen krachtens een ander Belgisch of buitenlands regime voor gezondheidszorgverzekering, alsook vreemdelingen die niet volledig rechtmatig langer dan drie maanden in het Rijk verblijven of die geen toestemming hebben om zich langer dan zes maanden te vestigen of hier te verblijven.

zij met hen een gemeenschappelijke woning delen, met uitzondering van kinderen die niet mogen wonen bij de rechthebbende) (art. 123 KB 1996):

- de echtgenoot/echtgenote van de rechthebbende⁶²;
- de persoon die samenwoont met de rechthebbende⁶³;
- de volgende kinderen jonger dan 25 jaar:
 - a) kinderen en geadopteerde kinderen van de rechthebbende en zij van wie in de geboorteakte diens naam staat vermeld;
 - b) kinderen en geadopteerde kinderen van de echtgenoot van de gerechtigde en zij van wie in de geboorteakte de naam van die echtgenoot is vermeld wanneer de echtgenoot voor hun onderhoud instaat;
 - c) kinderen en geadopteerde kinderen van de persoon ten laste van de gerechtigde en zij van wie in de geboorteakte de naam van die persoon is vermeld wanneer die persoon voor hun onderhoud instaat;
 - d) kleinkinderen en achterkleinkinderen van de gerechtigde, van zijn echtgenoot, van de samenwonende of van zijn ascendant, wanneer die gerechtigde voor het onderhoud van die kinderen instaat;
 - e) kinderen, kleinkinderen en achterkleinkinderen van de echtgenoot van de rechthebbende of van de samenwonende of van zijn ascendant voor wie de rechthebbende instaat voor het onderhoud na het overlijden van de echtgenoot van die persoon;
 - f) kinderen die hun hoofdverblijfplaats hebben in België en die niet worden bedoeld in punten a) tot e) voor wie de rechthebbende, zijn echtgenoot, samenwonende of ascendant instaat voor het onderhoud in de plaats van de vader, moeder of andere persoon die dat normaal doen;
- de ascendanten van de rechthebbende of van zijn echtgenoot of samenwonende en, in voorkomend geval, de schoonvaders en schoonmoeders.

En toch zijn de inwoners van België niet gelijk, niet inzake gezondheid – wat evident is – en ook niet inzake de toegang tot de gezondheidszorg – wat minder evident is. Zonder dieper in te gaan op de vraagstelling omtrent de recht-

62 Wie feitelijk gescheiden is of gescheiden van tafel en bed kan persoon ten laste zijn als hij/zij het onderhoud van ten minste één kind voor zijn/haar rekening neemt, dat wordt beschouwd als persoon ten laste of als hij/zij alimentatie heeft gekregen, hetzij door een juridische beslissing, hetzij door notariële akte of door een onderhandse akte, neergelegd bij de griffie van de rechtbank in geval van een echtscheidingsprocedure of scheiding van tafel en bed door wederzijdse toestemming, of als hij/zij toestemming heeft om bedragen te innen verschuldigd door derden aan zijn/haar partner krachtens artikel 221 BW, of als hij krachtens een wettelijke bepaling een uitkering toegekend aan de gescheiden partner geniet.

63 Deze persoon kan echter niet ten laste zijn als de partner van de rechthebbende zelf persoon ten laste is of als de partner, zelf rechthebbend, onder hetzelfde dak woont als de rechthebbende.

hebbenden van sociale hulp *s.l.* noch op deze inzake financiële belemmeringen betreffende toegang tot gezondheidszorg – wat het voorwerp uitmaakt van andere bijdragen in dit boek – zullen wij ons toespitsen op degenen die vallen onder het stelsel van de sociale zekerheid en die toch, om diverse redenen, geen terugbetalingen voor gezondheidszorg genieten, omdat ze niet of niet meer toetreden tot het stelsel van de sociale zekerheid.

Zoals rechthebbenden op sociale hulp *s.l.*, zullen deze personen op hun beurt afhangen van de medische of financiële hulp zoals voorzien in artikelen 57 en 60 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijke werk. Ze zullen dus afhangen van een mechanisme van toegang tot gezondheidszorg dat gekenmerkt is door zijn verscheidenheid en niet, zoals dat het geval is inzake sociale zekerheid, door de uniformiteit. De medische hulp die door de OCMW's wordt verstrekt, geschiedt immers op basis van een analyse geval per geval, van een individuele analyse die wordt verondersteld de waarheid van de verzoeker te respecteren (art. 1 org. wet 1976), alsmede van een beslissing die wordt getroffen door een onafhankelijk organisme⁶⁴ dat bevoegd is op een gemeentelijke territoriale basis, waardoor soms maar een beperkte hulp zal worden verleend, gerichte aanvragen zullen nodig zijn of een medische kaart van het OCMW met rechtgevendende prestaties naargelang het OCMW.⁶⁵

3. Wat zijn de regels qua verzekerbaarheid en hoe kan men uit het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en tegemoetkomingen worden uitgesloten?

Om terugbetaling van gezondheidszorg te kunnen genieten, moet men onderworpen zijn aan de sociale zekerheid, ofwel deze voor werknemers ofwel deze voor zelfstandigen. Maar er moet ook worden voldaan aan andere voorwaarden zodat de rechten die aan de vereiste hoedanigheid zijn verbonden, kunnen behouden blijven.

- Aansluiting: betrokkene moet zich de eerste keer als titularis aansluiten bij een verzekeringsinstelling (*i.e.* een mutualiteit of, bij gebreke daarvan, de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering – HZIV). De aansluiting

64 Tegen zijn/haar beslissingen kan beroep worden aangetekend bij de arbeidsrechtbank.

65 Zie D. CHAOUI MEZABI, *Rapport d'observation des CPAS en matière de carte médicale*, Brussel, Universiteit van Luik-POD Maatschappelijke Integratie, 2011, 28 p. Kan worden gedownload op de website www.mi-is.be (mei 2013).

begint te lopen bij het begin van het trimester van de datum waarop de hoedanigheid van titularis werd verworven.

Als de eerste aansluiting niet meer geldig is of wanneer men zijn rechten verliest op terugbetaling van gezondheidszorgen omdat de vorige inschrijving is vervallen omwille van het niet-naleven van de verplichte bijdragebetaling, moet betrokkene zich opnieuw aansluiten en dat ten vroegste na een periode van twee jaar zonder rechten.⁶⁶ In dat geval is er, behalve bij vrijstelling, in een proefperiode voorzien van zes maanden, waarin er geen recht op terugbetaling mogelijk is. Er zijn echter zoveel vrijstellingen dat bijna niemand deze bijkomende proefperiode bij een aansluiting moet doorlopen.⁶⁷

Voorbeeld 1: een persoon sluit zich aan bij een mutualiteit op 01/02/2013 (in om het even welke hoedanigheid). Hij verkrijgt zijn eerste rechten tot 31/12/2014. In 2014 kan het jaarlijks recht niet worden verlengd voor 2015. Dat is het eerste jaar zonder rechten. In 2015 kan het jaarlijks recht niet worden verlengd voor 2016. Dat is het tweede jaar zonder rechten. Vanaf 1 januari 2017 is er opnieuw een aansluiting mogelijk met eventueel een proefperiode.

Voorbeeld 2: op 01/08/2013 biedt een persoon zich aan bij een mutualiteit en vraagt zijn aansluiting in de hoedanigheid van ingeschreven te zijn in het Rijksregister. Het betreft een wederinschrijving. In de zes maanden die de aansluiting voorafgingen (01/01/2013 tot 30/06/2013, omdat de aansluiting begint bij het begin van het trimester), was er geen recht op gezondheidszorg. Betrokkene moet een proefperiode doorlopen van 01/07/2013 tot 31/12/2013. Wanneer de voorwaarden betreffende deze proefperiode zijn vervuld, heeft hij opnieuw rechten vanaf 01/01/2014 en dat tot 31/12/2015.

- **Bijdrage:** de bijdragen voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging moeten worden betaald, hetzij als afhouding bij de bron op het loon van de loontrekkende werknemer, hetzij als storting door de zelf-

66 Met andere woorden, de inschrijving blijft geldig voor een termijn die loopt ten laatste tot het einde van het tweede jaar volgend op het laatste jaar dat de rechthebbende nog recht had op geneeskundige verstrekkingen.

67 Zijn vrijgesteld van proefperiode: leefloongerechtigden, personen die recht hebben op (financiële) maatschappelijke dienstverlening die gelijkwaardig is aan het leefloon, het gegarandeerd inkomen voor bejaarden, Grapa, een uitkering voor gehandicapten, verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap, langdurig werklozen, gehandicapten, gepensioneerden, weduwen/weduwnaars of wezen, behartenswaardige gevallen, enz.

standige werknemer aan zijn sociale verzekeringskas, hetzij als trimestriële storting door de rechthebbende die noch werknemer noch zelfstandige is (validatiebijdragen).⁶⁸

De bijdrage betreft een bedrag dat varieert naargelang de leeftijd van de rechthebbende bij de aanvang van de referentieperiode.⁶⁹ Wanneer het vereiste bedrag niet overeenstemt met dat op de bijdragebon (d.w.z. het formulier dat wordt verstrekt door de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid – RSZ) of met dagen gelijkgesteld met dagen waarvoor de bijdragen effectief werden betaald⁷⁰, zal de rechthebbende een bijkomende bijdrage moeten betalen berekend op het verschil tussen de minimaal te valideren waarde en de werkelijk gevalideerde waarde.⁷¹

De bijdrage maakt het verlenen van een jaarlijks recht mogelijk en betreft een periode van 1 januari tot 31 december (dus een kalenderjaar). Het betreft het jaar van het recht. In elk geval wordt bij een eerste aansluiting het recht geopend vanaf de eerste dag van het trimester waarop de aansluiting begint te lopen en dat tot 31 december van het daaropvolgende jaar. Het recht wordt vervolgens per kalenderjaar verlengd.

Het jaarlijks recht op terugbetaling van gezondheidszorg is dus een heel kalenderjaar van kracht maar wel op basis van verzekeraarbaarheid van een referentiejaar dat niet het jaar is van het effectief recht. Het recht is pas effectief als de rechthebbende de voorwaarden als rechthebbende (zie de hogervermelde opsomming) vervult en mits het betalen van de bijdragen twee jaar vóór het rechtgevend jaar (rechtgevend jaar-2).

68 De validatiebijdrage is vereist voor studenten, de houders van het rijksregister, de leden van religieuze gemeenschappen en ex-kolonialen.

69 In 2013, voor rechthebbenden vanaf 21 jaar: € 6.007,28; voor rechthebbenden jonger dan 21 jaar: € 4.505,46.

70 Worden gelijkgesteld: dagen van gecontroleerde werkloosheid, wettelijk bevallingsverlof, postnataal verlof opgenomen door de vader in plaats van de moeder, thuiswerk met behoud van het gewone werknemersstatuut, leercontract, voortgezette verzekering, militaire missie of legerdienst in het buitenland, dagen waarop de rechthebbende persoon ten laste was, recht op tussenkomst voor medische zorgen op kosten van de Belgische overheid buiten de verzekeringsinstellingen, zelfstandige rechthebbende, wettelijke jaarlijkse vakantie, sociale promotie, erkende staking of lock-out, religieuzen, verzekering van zelfstandigen tegen faillissement, een zieke, zelfstandige rechthebbende of invalide zelfstandige, zelfstandige in voortgezette verzekering, enz. Een volledig jaar telt 240 gelijkgestelde dagen.

71 Als deze waarde lager is dan € 10, is de aanvullende bijdrage niet vereist en wordt het jaarrecht toegekend.

Voorbeeld: een persoon sluit zich bij een mutualiteit aan als loontrekkende op 01/02/2013. Hij ontvangt een eerste recht tot 31/12/2014. In 2014 kan het jaarlijks recht voor 2015 niet worden verlengd want betrokkene heeft niet de aanvullende bijdrage betaald die was verschuldigd voor het referentiejaar 2013. 2015 is het eerste jaar zonder recht. In 2015 moet betrokkene een aanvullende bijdrage betalen voor het referentiejaar 2014. Als hij dat betaalt, wordt zijn recht verlengd voor 2016; als hij weigert, is 2016 het tweede jaar zonder recht. Vanaf 1 januari 2017 is er een wederinschrijving met eventueel een proefperiode.

De zelfstandige die de activiteit stopzet die hij sedert minstens één maand uitoefende voor een andere reden dan ziekte en niet als rechthebbende van het algemeen stelsel kan worden aangesloten of als persoon ten laste, kan, onder bepaalde voorwaarden, het voordeel verkrijgen van voortgezette verzekering gedurende maximaal twee jaar.

De voortgezette verzekering is ook van toepassing op sommige loontrekkende werknemers die niet meer onderworpen zijn aan de sociale zekerheid en die volgende voorwaarden vervullen:

- in regel zijn met de verzekerbaarheid en de proefperiode;
- zich bevinden in een behartigenswaardige toestand⁷²;
- de periode van voortgezette verzekering moet volgen op een periode van onderworpenheid (arbeidsdagen of gelijkgestelde dagen);
- een aanvraag indien bij de verzekeringsinstelling;
- een specifieke bijdrage betalen voor de te verzekeren periode.

Door het in herinnering brengen van de regels inzake verzekerbaarheid zien we dat de redenen voor uitsluiting uit het verzekeringssysteem voor geneeskundige verzorging in verband staan met het verlies of de wijziging van de hoedanigheid van rechthebbende met soms gevolgen op het vlak van de bijdragen waarvan het bedrag te laag is, zodat aanvullingen moeten worden betaald.

Hierna geven we enkele voorbeelden van deze situaties en van de oplossingen die onze mutualiteiten bieden.

72 U vindt een lijst van de behartigenswaardige gevallen in NACM-centra met sociale dienst, *Sociaal Panorama. Overzicht van de federale, Waalse en Brusselse bepalingen voor zieken, gehandicapten, bejaarden en/of personen met een laag inkomen*, Brussel, Uitg. Vanden Broele, 2013, 59.

Situatie 1: de zelfstandige

Voorbeeld 1: mijnheer I. is van Turkse afkomst. Hij woont met zijn familie, zijn echtgenote en drie kinderen in een noordelijke stadswijk van Brussel. Hij werkt als zelfstandige in hoofdberoep en baat een pizzeria uit.

Spijtig genoeg heeft hij een ernstige ziekte waarbij zijn gezondheidstoestand stelselmatig verslechtert. Hij moet meerdere keren worden gehospitaliseerd in een gespecialiseerde instelling. Als gevolg van zijn verslechterende gezondheidstoestand kan hij zijn beroepswerkzaamheden niet meer voortzetten. Hij brengt zijn sociale verzekeringskas daarvan op de hoogte.

Omdat hij niet voldoende de Franse taal machtig is en niet goed de reglementering inzake het zelfstandig statuut begrijpt, onderneemt hij niet de juiste acties. Hij stopt zijn sociale bijdragen vanaf de dag dat hij met werken is gestopt en dat hij werd vergoed voor werkonbekwaamheid door zijn mutualiteit. Hij beseft dat er een probleem is met zijn sociale verzekeringskas op het ogenblik dat deze de betaling van sociale bijdragen vordert, maar hij kan het probleem niet oplossen. Door zijn gezondheidstoestand is het hem bovendien niet mogelijk om de lopende procedure correct te volgen.

De gevolgen op het vlak van zijn verzekering voor gezondheidszorg worden maar twee jaar later duidelijk wanneer de terugbetaling wordt geweigerd van zijn medische attesten, maar ook van de tussenkomst voor geneesmiddelen en hospitalisatiekosten. Voortaan zijn de gefactureerde zorgen voor 100% ten laste van de patiënt, zonder terugbetaling door de mutualiteit.

De facturen stapelen zich op en omvatten vlug enkele duizenden euro's, vooral als gevolg van de meerdere hospitalisaties. Het zijn niet enkel de medische kosten van mijnheer die niet meer worden terugbetaald, maar ook de kosten voor de andere familieleden die als personen ten laste zijn ingeschreven op het ziekenboekje waarvan hij de titularis is. Deze situatie is voor hen nog moeilijker te begrijpen dan het feit dat mijnheer niet meer wordt terugbetaald door zijn mutualiteit. Uiteindelijk kan mijnheer zich fysiek niet meer verplaatsen. Het ziekenhuis weigert hem nog te verzorgen zolang zijn toestand niet is geregulariseerd. Het zijn ten slotte zijn familieleden die de nodige stappen zetten, meer bepaald zijn meerderjarige dochter van 18 jaar, vermits de moeder nauwelijks een woord Frans spreekt.

De toestand is dermate moeilijk te regulariseren dat het noodzakelijk is om twee jaar terug te gaan. Het behoud van het recht op terugbetaling van gezondheidszorg is immers gebaseerd op het jaar X-2. Dat betekent dus dat de rechten 2012 geopend zijn op basis van de situatie in 2010. In het geval van de heer I. heeft het Rijksinstituut voor Sociale Verzekeringen van Zelfstandigen (RSVZ), als gevolg van het stoppen met de betaling van bijdragen aan de verzekeringskas, geen bijdragebons meer gegeven voor de overeenstemmende periodes, wat aanleiding gaf tot een stopzetting van de rechten twee jaar later.

Een mogelijkheid om de toestand te regulariseren bestaat erin de “hoedanigheid” van de rechthebbende te wijzigen om zijn rechten te heropenen en hem voortaan niet meer als “zelfstandige in hoofdberoep” aan te sluiten maar als “gehandicapte persoon”, omdat mijnheer een erkenning als gehandicapte heeft bekomen van de FOD Sociale Zekerheid, Directie-generaal Personen met een handicap (FOD SZ – DGPH). Deze wijziging van hoedanigheid zou dan wel de rechten herstellen inzake gezondheidszorg maar deze op invaliditeitstegemoetkomingen ontnemen aan de heer I.

Omdat de wijziging van hoedanigheid retroactief zou geschieden, zou dat een grote som aan onterechte uitkeringen met zich meebrengen. Om deze reden werd deze piste vrij vlug verlaten.

Het is dus nodig om de rechten te herstellen op basis van de hoedanigheid van zelfstandige. In feite toen mijnheer I. zijn activiteit heeft gestopt als gevolg van zijn ziekte, en dat gedurende meerdere maanden, werkte hij statutair niet echt meer en oefende hij eigenlijk het mandaat van gerant uit in zijn onderneming. Om die reden, ook al was er geen activiteit meer, kon die periode niet worden gelijkgesteld met ziekte met vrijstelling van bijdragen.

Deze bleven steeds verschuldigd. Dus moest eerst deze situatie worden geregulariseerd. Mijnheer heeft dan het bedrag van de onbetaalde bijdragen met zijn verzekeringskas geregeld door de opheffing van de verhoging te vragen en een uitstel van de interesten en zo enkel de hoofdsom te betalen.

Eens deze eerste horde genomen, was het vervolgens mogelijk om vanaf de datum van ontslag uit de functie van gerant van de onderneming een aanvraag te doen voor gelijkstelling van de ziekteperiodes met de activiteitsperiodes. Zodra de regularisatie van de toestand bij de sociale verzekeringskas in orde was, kon het RSVZ dan de bijdragebons verstrekken om het geheel van de periode te dekken en zo een herstel toe te laten in de rechten op terugbetaling van gezondheidszorgen.

Om zo'n complexe situatie te kunnen oplossen, is het evident dat een door-gedreven begeleiding van meerdere weken nodig was. Dit werd verwezenlijkt door de diensten van de socialistische mutualiteiten die de diverse tussenkomsten coördineerden, de dienst voor aansluiting en verzekeraarbaarheid die zich binnen de mutualiteiten bezighoudt met het openen en behouden van rechten, de sociale verzekeringskas, het gewestelijk bureau van het RSVZ en ten slotte de sociale dienst van het hospitaal. Belangrijk werk werd ook verricht door de familieleden die de nodige inspanningen deden om de diverse acties uit te leggen en de vrij ingewikkelde regelgeving begrijpelijk te maken.

Voorbeeld 2: mijnheer X, zelfstandige, betaalde zijn sociale bijdragen niet tijdens het jaar 2011. Hij verloor zodoende zijn recht op terugbetaling van zijn gezondheidszorgen op 01/01/2013.

In september 2012 stopt hij zijn zelfstandige activiteit en begint te werken als loontrekkende.

Spijts deze nieuwe hoedanigheid als werknemer kan hij het recht inzake verzekeraarbaarheid niet heropenen omdat de sociale bijdragen voor 2011 eerst moeten betaald zijn en de financiële situatie van mijnheer X dat verhindert.

Daarbij geholpen door de sociale dienst van zijn mutualiteit contacteert mijnheer X het OCMW van de gemeente waar hij woont om de tenlasteneming te vragen van de sociale bijdragen als sociale hulp *sensu stricto*, maar dat wordt geweigerd. Het OCMW neemt wel al de gezondheidszorg van mijnheer op zich. De sociale dienst van de mutualiteit begrijpt de beslissing vanwege het OCMW niet want het betalen van de verschuldigde sociale bijdragen zou minder kosten aan het OCMW en het mijnheer mogelijk maken in regel te zijn qua verzekeraarbaarheid voor 2013.

Deze toestand is niet uniek, want veel zelfstandigen leven zo.

Situatie 2: de persoon die buiten België in de gevangenis vertoefde

Mijnheer A. is 30 jaar oud en woonde in België. Hij was onderworpen aan de sociale zekerheid en genoot de verplichte verzekering voor gezondheidszorg en uitkeringen in de hoedanigheid van loontrekkende rechthebbende.

Hij werd eerst opgesloten in een gevangenis in Spanje en vervolgens werd hij uitgeleverd aan Frankrijk waar hij een vrij lange straf onderging. Bij zijn te-

rugkeer naar België begin 2013 ontvangt hij van zijn mutualiteit een schrijven waarbij hij wordt verwittigd van het feit dat de bijdragebons van 2011 ontoereikend zijn om zijn rechten inzake verzekering gezondheidszorg te behouden in 2013. Als hij naar een bureau gaat om zijn situatie uit te leggen voor 2011 en 2012, wordt hem gevraagd een document E104 te bezorgen waarmee hij zijn rechten in België zou kunnen verlengen omdat hij vroeger een Franse sociale dekking zou hebben genoten tijdens zijn opsluiting in dat land. Dergelijk document is echter niet te verkrijgen omdat hij tijdens zijn verblijf in de gevangenis niet was gedekt door het Franse algemeen stelsel inzake sociale zekerheid maar wel door een bijzonder stelsel.

Uiteindelijk is het mogelijk gebleken om zijn situatie te regulariseren op basis van het feit dat mijnheer vóór zijn periode van gevangenschap in het buitenland als werkonbekwaam was erkend en als dusdanig vergoed werd door zijn mutualiteit. Op basis van de in zijn bezit zijnde medische gegevens heeft de raadgevend arts de erkenningsperiode kunnen verlengen, met inbegrip van zijn gevangenschap in het buitenland. Op deze wijze bleef mijnheer X rechthebbende in 2011 en 2012, zodat hij zijn rechten kon verlengen in 2013.

Situatie 3: als ingezetene geschrapt

De toestand werd ontdekt door de dienst aansluiting en verzekerbaarheid van de mutualiteit en werd kenbaar gemaakt aan de sociale dienst om te trachten een verlies van rechten te voorkomen. Het betrof mevrouw L. en haar dochter van 10 jaar, die als persoon ten laste was aangesloten.

Mevrouw L. was aangesloten als rechthebbende bewoonster met recht op sociale hulp, maar in 2011 werd zij geschrapt uit de bevolkingsregisters voor een periode van meerdere maanden. Als ze niet een aanvullende bijdrage betaalde van 250 euro voor 31 december, zouden zij en haar dochter hun rechten op terugbetaling van gezondheidszorgen verliezen.

Dit kan grote problemen stellen omdat de dochter ernstig ziek is en regelmatig gehospitaliseerd wordt. Met het verlies op terugbetaling zullen alle kosten voor 100% ten laste vallen van de patiënt, wat vlug zou neerkomen op meerdere duizenden euro's.

Ondanks verscheidene brieven naar haar laatst gekend adres geeft mevrouw geen teken van leven en haar telefoonnummer is niet meer toegekend. Uiteindelijk wordt zij via het OCMW teruggevonden door een sociaal assistent.

Ze blijkt samen te wonen met haar partner in een opvangtehuis buiten Brussel. Ze heeft geen wettig adres meer en geen inkomen. Ze is volledig afhankelijk van haar vriend die zich zelf in een financieel wanhopige situatie bevindt.

Mevrouw heeft de Noorse nationaliteit en is afkomstig van de Roma-gemeenschap met wie ze evenwel geen contact meer heeft. Ze is vrijwel analfabeet en lijkt een moeilijk leven te hebben gehad. Er worden stappen gezet bij het OCMW van de gemeente waar het koppel woont, teneinde een domicilie te vinden en opnieuw een wettig adres. Bij het OCMW wordt ook een aanvraag ingediend om het supplement van de sociale bijdragen te betalen. Op deze wijze wordt het mogelijk om de situatie te regulariseren en de rechten op terugbetaling van gezondheidszorg voor haar en haar dochter te verlengen.

Situatie 4: de persoon wiens verblijf afhankelijk is van een arbeidsvergunning

Mijnheer L. komt uit Ghana en geeft informaticalessen in een onderwijsinstelling die erkend en gesubsidieerd wordt door de Federatie Wallonië-Brussel. Zijn verblijfsvergunning is gebonden aan zijn arbeidscontract en dat wordt van jaar tot jaar verlengd.

Deze toestand duurt meerdere jaren en mijnheer L. is goed geïntegreerd in ons land. Door het betalen van sociale bijdragen opent hij een recht op verzekering gezondheidszorg en uitkeringen als loontrekkend rechthebbende. Dat duurt tot op de dag dat zijn contract spijtig genoeg niet meer wordt verlengd.

Daardoor verliest hij het recht op verblijf, wordt hij geschrapt uit het bevolkingsregister en maakt hij het voorwerp uit van een bevel om het grondgebied te verlaten. Hij bevindt zich zodoende in de onmogelijkheid om een vernieuwing aan te vragen van zijn arbeidsvergunning, hoewel hij wel een belofte voor een nieuw arbeidscontract van een nieuwe werkgever zou kunnen krijgen. Hij dient vervolgens een aanvraag in tot regularisatie van zijn verblijf op basis van artikel 9bis van de wet van 1980⁷³, maar zonder betaling van de bijdragebons en zonder wettelijk adres, verliest hij zijn recht op terugbetaling van gezondheidszorg en op uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid.

73 Wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen.

Situatie 5: de persoon die definitief wordt uitgesloten van de werkloosheidsverzekering

Mevrouw H., sedert jaren aangesloten als loontrekkend rechthebbende, ontvangt van haar mutualiteit een brief met de melding dat zij vanaf januari 2013 geen recht meer heeft op terugbetaling van gezondheidszorgen op basis van het feit dat zij slechts 63 dagen werkloosheid aantoonde voor 2011.

Zij gaat met het probleem naar de sociale dienst van haar mutualiteit om naar een oplossing te zoeken. In feite werd zij in de loop van 2011 gesanctioneerd en werd ze definitief uitgesloten van het recht op werkloosheidsuitkeringen.

Na meerdere maanden waarin zij niet meer in regel is op administratief vlak, verkrijgt mevrouw H. een recht op financiële steun van het OCMW. Op basis daarvan is het mogelijk haar hoedanigheid te wijzigen en zich aan te sluiten als “ingeschrevene in het Rijksregister” met recht op een leefloon en dus vrijgesteld van sociale bijdragen. Voor de niet door OCMW-attesten gedekte periode ondertekent zij een verklaring op eer dat zij geen enkel inkomen heeft genoten.

4. Bijkomende bedenking: de gevolgen van de recente wijzigingen van de werkloosheidsverzekering

Er moet een bijzondere vermelding worden gemaakt voor werklozen die gesanctioneerd worden door de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA), omdat de recente wettelijke wijzigingen met betrekking tot de degressieve werkloosheidsuitkeringen en het leefloon (o.m. proefperiode en wachtvergoedingen) evenals de versterking van controles op de beschikbaarheid op de arbeidsmarkt, een stijging zullen laten vermoeden van schorsingen en uitsluitingen van het recht op uitkeringen maar ook in sommige gevallen tot een vermindering van de waarde van de bijdragebonnen.

Welke voorzienbare gevolgen van deze maatregelen zullen er zijn inzake het recht van deze personen op terugbetaling van hun gezondheidszorg?

4.1 Vermindering van werkloosheidsuitkeringen

Werkloosheidsperiodes worden als gelijkgestelde periodes beschouwd. De vermindering van de werkloosheidsuitkeringen zal dus geen invloed hebben op het recht op zich omdat het niet het bedrag van de uitkering is dat de ver-

lenging van het recht bepaalt maar wel de dagen werkloosheid zelf die volgens een wiskundige formule worden omgezet in een bepaalde waarde.

Daarentegen zou een vermindering van de werkloosheidsuitkeringen het recht op een verhoogde tussenkomst (RVV of Omnio-statuuat) kunnen beïnvloeden want de vermindering van de uitkeringen brengt een vermindering van de belastbare inkomsten met zich mee die het recht bepalen.⁷⁴

Ook als in een gezin een persoon is ingeschreven als persoon ingeschreven in het Rijksregister (zie hoger), zou het bedrag van de trimestriële bijdrage kunnen worden herzien naar beneden toe als gevolg van een vermindering van de uitkeringen van de werkloze.

4.2 Stage en beroepsopleidingsuitkering

Omdat de dagen van stage van beroepsopleiding geen gelijkgestelde dagen zijn, moeten twee hypothesen worden onderscheiden. Als de jonge werkloze jonger is dan 25 jaar, zou de verlenging van de duur van de stage van beroepsopleiding geen invloed mogen hebben op zijn recht op terugbetaling van zijn gezondheidszorgen. Hij kan immers ten laste blijven van zijn ouders tijdens de duur van zijn stage (zelfs al woont hij niet meer bij zijn ouders). Als hij ouder is dan 25 jaar, is de tenlasteneming door de ouders niet meer mogelijk en moeten andere oplossingen worden gezocht zoals de tenlasteneming als echtgenoot of samenwonende, de aansluiting als persoon ingeschreven in het Rijksregister, enz.

In het geval van het stopzetten van de toelagen inzake beroepsopleiding na drie jaar betaling zonder dat de jongere werk heeft gevonden, moeten eveneens twee hypothesen worden onderscheiden. Als de jonge werkloze jonger is dan 25 jaar, zou het verlies van de beroepsopleidingstoelage geen invloed mogen hebben op zijn recht op terugbetaling van gezondheidszorgen want hij kan nog ten laste zijn van zijn ouders. Als hij ouder is dan 25 jaar, zal hij moeten aangesloten zijn als persoon ingeschreven in het Rijksregister of als echtgenoot of samenwonende ten laste van een rechthebbende, enz.

Voorbeeld: een jongere van 18 jaar schrijft zich als werkzoekende in op 01/09/2012. Na afloop van de stage van beroepsopleiding van twaalf maan-

74 Plafonds voor verhoogde tegemoetkoming op 01/12/2012: € 16.632,81 jaarlijks belastbaar inkomen verhoogd met € 3.079,19 per persoon ten laste – op de Omnio-tegemoetkoming op 01/01/2013: € 16.306,86 belastbaar inkomen verhoogd met € 3.018,84 per persoon ten laste.

den, heeft hij nog geen werk gevonden. Hij krijgt beroepsopleidingsuitkeringen vanaf 01/09/2013. Na drie jaar heeft hij nog steeds geen werk. Vanaf 01/09/2016 verliest hij zijn beroepsopleidingsuitkering. Hij is dan 22 jaar oud en het aantal gelijkgestelde dagen van januari tot augustus bedraagt 158 (een volledig jaar telt 240 dagen).

Wat is de invloed op zijn recht op gezondheidszorg?

Voor de jaren 2012 t.e.m. 2017 is het recht verworven, de jongere is gedekt. Daarentegen is hij niet meer gerechtigd in 2018 omdat het aantal gelijkgestelde dagen in 2016 onvoldoende is (referentiejaar = jaar-2).

Mogelijke oplossing(en)

De aangeslotene jonger dan 25 jaar kan worden ingeschreven als persoon ten laste in de hoedanigheid van kind van zijn ouders vanaf 1 september 2016 tot de leeftijd van 25 jaar.

Voor een jongere ouder dan 25 jaar op de datum van inschrijving als werkzoekende en die hetzelfde traject doorloopt, zijn er meerdere oplossingen mogelijk: een aanvullende bijdrage betalen voor 2016, hem als persoon ten laste nemen van een andere rechthebbende dan de ouders, aansluiting als persoon ingeschreven in het Rijksregister (met betaling van een valideringsbijdrage met mogelijke vrijstelling(en)).

4.3 Sancties en uitsluitingen

De uitsluitingen van werkloosheidsverzekering hebben een rechtstreekse invloed op het recht op terugbetaling van gezondheidszorgen omdat de periodes van gecontroleerde werkloosheid worden beschouwd als gelijkgestelde periodes maar niet de periodes van schorsing of uitsluiting. Bijgevolg riskeert de gesanctioneerde werkloze niet het noodzakelijk aantal dagen te bereiken om het jaarlijks recht te verwerven.

Er zijn diverse regulariseringsoplossingen mogelijk en het is aan de verzekeringsinstelling om de werkloze raad te geven en na te gaan welke oplossing voor hem de beste zal zijn: aansluiting als persoon ingeschreven in het Rijksregister, regularisatie als persoon ingeschreven in het Rijksregister, ten-lasteneming, betaling van een aanvullende bijdrage.

5. Conclusie

Zoals men kan zien is de materie complex en is het noodzakelijk om zich tot een mutualiteit te wenden om correcte informatie te verkrijgen (meer bepaald bij de sociale dienst).

Maar men moet ook te rade gaan bij het OCMW van zijn woonplaats. Het OCMW kan dan in het kader van administratieve of financiële hulp erover waken om de situatie van de aanvrager te regulariseren door hem alle rechten en voordelen te verschaffen waarop hij wettelijk recht heeft (aansluiting, weder aansluiting, regularisatie) of door de betaling van de nodige bijkomende bijdragen (art. 60, § 2, § 3 en § 5 org. wet 1976). Ook in het kader van de medische hulpverlening kan het OCMW alle kosten of een gedeelte ervan met betrekking tot de zorgen die noodzakelijk zijn voor de gezondheid van de persoon (vragenlijst, medische kaart...) op zich nemen hetzij, in voorkomend geval, aan de verzoeker een referentieadres⁷⁵ te geven waardoor het mogelijk is in regel te zijn inzake de verplichte domiciliëring inzake de reglementering van de gezondheidszorg.⁷⁶

De rol van het OCMW is dus zeer belangrijk inzake de toegang tot de gezondheidszorg voor personen die werden uitgesloten van het kader van de verplichte verzekering voor gezondheidszorg. Maar ook is het uiteraard niet zonder belang naar de noodzakelijke informatie en goede raad te zoeken.

75 'Onder referentieadres wordt verstaan: het adres van een natuurlijke persoon die is ingeschreven in het bevolkingsregister op de plaats waar hij/zij zijn/haar hoofdverblijf heeft, of van een rechtspersoon, en waar, met toestemming van deze natuurlijke of rechtspersoon, een natuurlijke persoon zonder verblijfplaats is ingeschreven' (art. 1 wet van 19 juli 1991 betreffende de bevolkingsregisters, de identiteitskaarten, de vreemdelingenkaarten en de verblijfsdocumenten en tot wijziging van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen).

76 De rechthebbenden en hun personen ten laste moeten ingeschreven zijn in het nationale register van natuurlijke personen, of in het bevolkingsregister (Belgen en bevestigde vreemdelingen), of in het vreemdelingenregister (vreemdelingen die meer dan drie maanden of voor onbepaalde duur op het grondgebied mogen verblijven), of in het wachtregister voor kandidaat-vluchtelingen, of beschikken over een bijlage 15 (1e rubriek, 4e rubriek met bijkomende voorwaarden, 6e rubriek en 7e rubriek). Zie RIZIV, Omzendbrief verzekeringsinstellingen nr. 2010/226 van 15 juni 2010. Te raadplegen op de website: <http://www.inami.fgov.be/insurer/fr/circulars/administrative-control/inscription> (mei 2013).

HOOFDSTUK 3
ANDERE DREMPELS VERBONDEN AAN
DE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG

A. Daklozen 123

B. Verslaafden..... 155

C. Sekswerkers (m/v) 173

D. De problematiek van uitstel van zorg 189

E. De nieuwkomers 211

F. Kwetsbare vrouwen en kinderen 239

G. Geestelijke gezondheid en sociale uitsluiting 301

A. Daklozen

Abstract

Thuislozen cumuleren veel gezondheidsproblemen en toch ervaren ze grote hindernissen in de toegang tot gezondheidszorg. Deze hindernissen overstijgen het strikt medische: het gaat om lastige procedures bij het OCMW, complexe organisaties, het ontbreken van opvolging, negatieve wederzijdse verwachtingen, financiële en administratieve drempels, maar ook taal- en cultuurbarrières, en het gebrek aan betaalbare woningen aan sich. Als men de zorgverlening aan thuislozen wil verbeteren is het noodzakelijk de (medische) instellingen te sensibiliseren, de toegang tot de gezondheidszorg voor deze bevolkingsgroep te versoepelen en de administratieve stappen te vereenvoudigen.

Een gecoördineerde multidisciplinaire aanpak is noodzakelijk. Evenals aandacht voor wat voor en na de zorg gebeurt.

1. Toegang tot gezondheidszorg voor daklozen

Kathia VAN EGMOND (medisch coördinator van Belgische projecten), Ingrid PELGRIMS (projectcoördinator), Stéphane HEYMANS (coördinator van Belgische projecten), Dokters van de Wereld

1.1 Definitie van deze bevolkingsgroep

De term ‘dakloze’ slaat op verscheidene begripsomschrijvingen waarmee personen worden aangeduid die in zeer uiteenlopende situaties leven. Het begrip ‘dakloze’ kan niet worden beperkt tot het cliché van een oude, op straat rondlopende clochard, maar moet ruimer worden geïnterpreteerd, in de zin van thuisloosheid. Deze woonuitsluiting is geen statisch fenomeen, maar een proces dat velen op diverse momenten van hun leven doormaken.

Om deze feitelijke verscheidenheid beter te kunnen schetsen, heeft de Europese Federatie van organisaties die met daklozen werken (FEANTSA) een typologie uitgewerkt, ETHOS genaamd (European Typology on Homelessness and housing exclusion), die de daklozen in categorieën onderverdeelt naargelang hun huisvesting:

- dakloos (d.w.z. op straat slapen);
- zonder huisvesting (met een tijdelijk onderkomen, bv. in een tehuis);
- zorgelijke huisvesting (bedreigd met dakloosheid als gevolg van een hachelijke huursituatie, huishoudelijk geweld, uitzetting);
- onvoldoende huisvesting (caravan, onwaardige woonst).

Naast de diverse vormen van thuisloosheid resulteert een genuanceerde benadering van het complexe probleem in een definitie die persoonlijke, sociale en relationele kwetsbaarheid integreert.

“Dakloosheid heeft niet enkel te maken met huisvesting, maar ook met een reeks maatschappelijke problemen. Dakloosheid refereert dus ook aan verbroken sociale banden, eenzaamheid en afhankelijkheid van sociale diensten om in een woonst te kunnen blijven en er een thuis van te maken” (vzw Association des maisons d’accueil et des services d’aide aux sans-abris).

De in dit hoofdstuk besproken bevolkingsgroep omvat de groep mensen met een onzekere huisvesting, zoals daklozen, personen zonder huisvesting en degenen met een zorgelijke of onvoldoende huisvesting.

1.2 De gezondheidstoestand van de personen van het Winterplan (studie van Dokters van de Wereld)

Een goede indicator voor de gezondheidstoestand van de daklozen is de subjectieve gezondheidstoestand. Het subjectieve oordeel over de eigen gezondheid vormt immers een van de betere gezondheidsindicatoren, zowel op het persoonlijke vlak als op het niveau van de bevolkingsgroep.⁷⁷ Het gaat om een globaal beeld dat verscheidene aspecten van de gezondheid omvat (lichamelijk, psychisch en sociaal) en dat wordt beoordeeld door aan personen te vragen hun gezondheidstoestand te omschrijven op een waardeschaal van 5 punten, variërend van ‘zeer goed’ naar ‘zeer slecht’.

De persoonlijke inschatting van de gezondheid schetst zeer goed de klachten en ziekten van de ondervraagde persoon. Zij staat in nauw verband met mortaliteit, functionele capaciteiten en het gebruik van medicatie.

Volgens het onderzoek van Dokters van de Wereld bij 159 dakloze patiënten in het kader van het Winterplan⁷⁸ 2012-2013⁷⁹, beoordeelde 26% hun gezond-

77 J. VAN DER HEYDEN, L. GISLE S. DEMAREST, S. DRIESKENS, E. HESSE en J. TAFFOREAU, *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I – Gezondheidstoestand*, Brussel, Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2010, ISSN: 2032-9172 – D/2010/2505/06 – IPH/EPI REPORTS N° 2010/004.

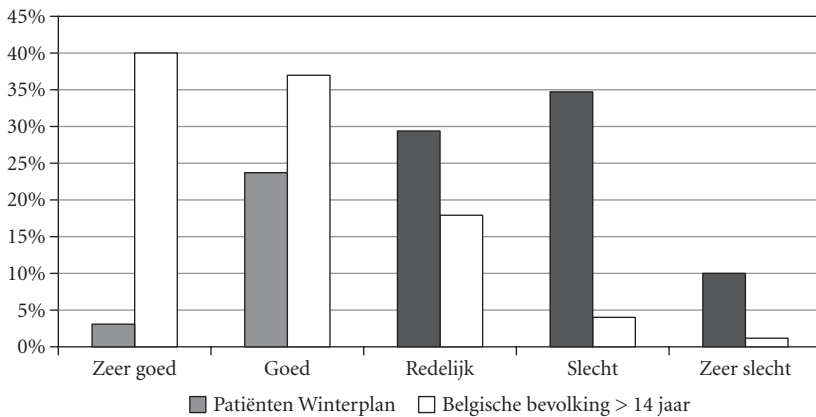
78 Het winterprogramma is een programma voor dringende opvang dat wordt georganiseerd in de grote steden om ‘daklozen’ tijdens de winter op te vangen. Het is een speciaal en seizoensgebonden systeem dat pas wordt ingeschakeld als de temperaturen dat vereisen.

79 Specifieke studie uitgevoerd bij 143 patiënten van het Winterplan van Brussel (126 mannen en 17 vrouwen tussen 18 en 66 jaar, van verschillende nationaliteiten (38% Belgen, 31% personen uit Maghreblanden, ...)) en 15 patiënten van het Winterplan van Antwerpen.

heid als ‘goed’ tot ‘zeer goed’, terwijl dat bij de doorsnee-Belgische bevolking 77% was.⁸⁰

Zoals uit de onderstaande grafiek blijkt, is de subjectieve gezondheidstoestand bij de bevraagde daklozen duidelijk minder goed dan bij de gemiddelde Belgische bevolking.

Grafiek 1: Evaluatie van de subjectieve gezondheidstoestand van de patiënten van Winterplan 2012-2013 in vergelijking met de totale bevolking.



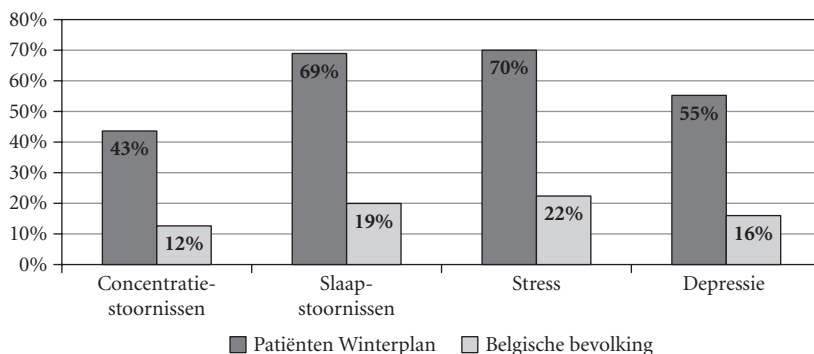
Bron: Dokters van de Wereld (2013).

Omdat er een relatie bestaat tussen deze indicator van ‘subjectieve gezondheid’ en de levensverwachting en mortaliteit, kunnen we ons zorgen maken over de algemene gezondheidstoestand van deze patiënten. Het toont des te meer de noodzaak om deze groep van kwetsbare personen adequate zorg te verstrekken.

Uit dezelfde studie bij 159 patiënten van het Winterplan blijkt ook dat de diverse indicatoren voor geestelijk welzijn minder gunstig zijn bij de daklozen in vergelijking met de totale bevolking. Daklozen klagden inderdaad veel vaker over concentratie- en slaapproblemen, stress en depressie tijdens de weken voor het onderzoek.

80 J. VAN DER HEYDEN, L. GISLE S. DEMAREST, S. DRIESKENS, E. HESSE en J. TAFFOREAU, *Gezondheidsenquête, 2008. Rapport I – Gezondheidstoestand*, Brussel, Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance, WIV, 2010.

Grafiek 2: Evaluatie van het geestelijk welzijn van patiënten van het Winterplan 2012-2013 in vergelijking met de totale bevolking.



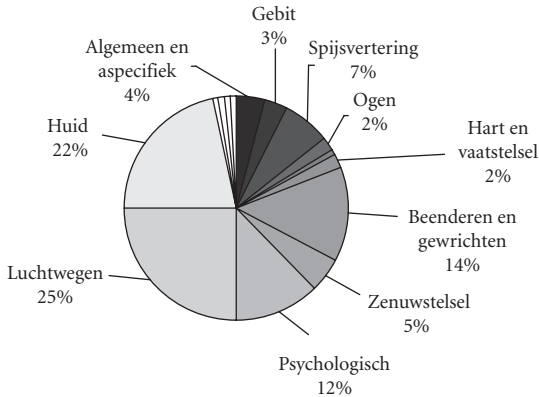
Bron: Dokters van de Wereld (2013).

De indicatoren 'subjectieve gezondheid' en 'geestelijk welzijn' blijken dus zeer laag te zijn bij de bevolkingsgroep die in de wintervoorziening heeft verbleven.

1.3 Medische consultaties van daklozen bij Dokters van de Wereld

De onderstaande grafiek is gebaseerd op 4586 diagnoses die Dokters van de Wereld gesteld heeft in het kader van het Winterplan 2012-2013. De grafiek toont duidelijk het verband tussen ziekten en de precare toestand van de dakloze patiënten. Huidaandoeningen, ademhalingsstoornissen, bot- en gewrichtsproblemen en maag- en darmproblemen zijn inderdaad zeer talrijk aanwezig.

Grafiek 3: Overzicht van de diagnoses per soort aandoening (Winterplan 2012-2013) op basis van de ICD (Internationale Classificatie van Ziekten).



Bron: Dokters van de Wereld (2013).

Tijdens het Winterplan stelden onze medische teams in Brussel 152 diagnoses van influenza en griep, waarvan 19 in Antwerpen.

Het griepvirus circuleert elke winter in de noodopvangcentra, met altijd enkele ziekenhuisopnamen als gevolg.

Bij 11 patiënten werd tuberculose vastgesteld. Die aandoening kan worden vastgesteld d.m.v. screening bij VRGT en FARES⁸¹ (respectievelijk in Antwerpen en Brussel). De gratis behandeling van tuberculose wordt verzekerd via het project Belta-Tb-net.

Jammer genoeg is dat niet het geval voor andere besmettelijke ziekten, zoals aids, hepatitis B en C, soi's, ... Ook al gebeurt de opsporing van deze aandoeningen in het ELISA-centrum in Brussel en in het Helpcentrum in Antwerpen, toch is terugbetaling van de behandeling niet steeds gegarandeerd bij een positieve test. Nochtans behoort onze doelgroep tot de risicobevolkingsgroepen.

Schurft werd vastgesteld bij 82 patiënten in Brussel en 7 in Antwerpen. In de grote Belgische steden en vooral in Brussel is schurftpreventie bij daklozen of personen in armoedige omstandigheden zeer moeilijk wegens hun leefomgeving, waarin er een groot gebrek aan hygiëne is (problemen met toegang tot sanitaire ruimten, wasmachines, ...).

⁸¹ VRGT: Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding; FARES: *Fonds des Affections Respiratoires*.

(1) Het spreekt vanzelf dat vroegtijdige opsporing en behandeling van besmettelijke ziekten de beste manier is om andere infecties te voorkomen

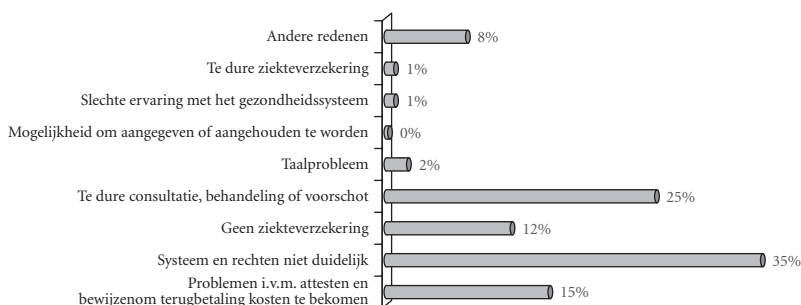
1.4 De toegang tot gezondheidszorg voor de dakloze bevolkingsgroep

Ook al hebben daklozen meer dan de rest van de bevolking nood aan verzorging (zie de indicator betreffende subjectieve gezondheid en geestelijk welzijn), toch blijft de toegang tot gezondheidszorg voor hen erg moeilijk. Van de 1222 patiënten die door Dokters van de Wereld werden verzorgd in het kader van het Winterplan 2012-2013 in Brussel, bleek 50% geen enkele medische dekking te hebben en verklaarde 30% op consultatie bij een huisarts te gaan, tegenover 94,5% van de totale Belgische bevolking (deze gegevens zijn afkomstig van routine-indicatoren).

Financiële en administratieve problemen en moeilijkheden in verband met het begrijpen van het gezondheidssysteem zijn voor daklozen de belangrijkste hinderpalen.

De socialezekerheidssystemen zijn immers vrij complex en niet steeds aangepast aan een bevolkingsgroep die rondzwervt (zie ook de problemen met het referentieadres).

Grafiek 4: Hinderpalen die de bevolkingsgroep van het Winterplan 2012-2013 ondervond bij de toegang tot gezondheidszorg.



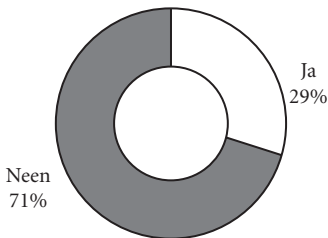
Bron: Dokters van de Wereld (2013).

De weigering van zorgverleners om daklozen te verzorgen, vormt voor hen ook een belemmering om zich te laten verzorgen. Van de 159 patiënten die in het kader van het Winterplan 2012/2013 werden ondervraagd, verklaarde

namelijk 29% dat zij de laatste twaalf maanden in een zorgstructuur werden geweigerd.

Grafiek 5: Weigering van zorgverstrekkers om zorg te verlenen – Onderzoek Winterplan 2012-2013.

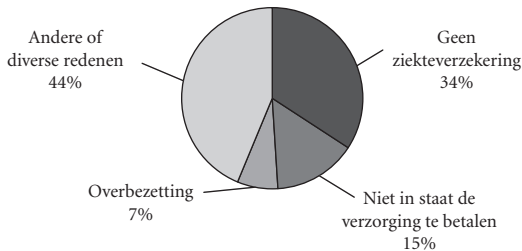
Werd u de toegang in een verzorgingsinstelling geweigerd de voorbije 12 maanden?



Bron: Dokters van de Wereld (2013).

Geen ziekteverzekering, overbezetting of niet in staat zijn de verzorging te betalen, zijn de belangrijkste redenen die door de bevraagde daklozen werden aangehaald.

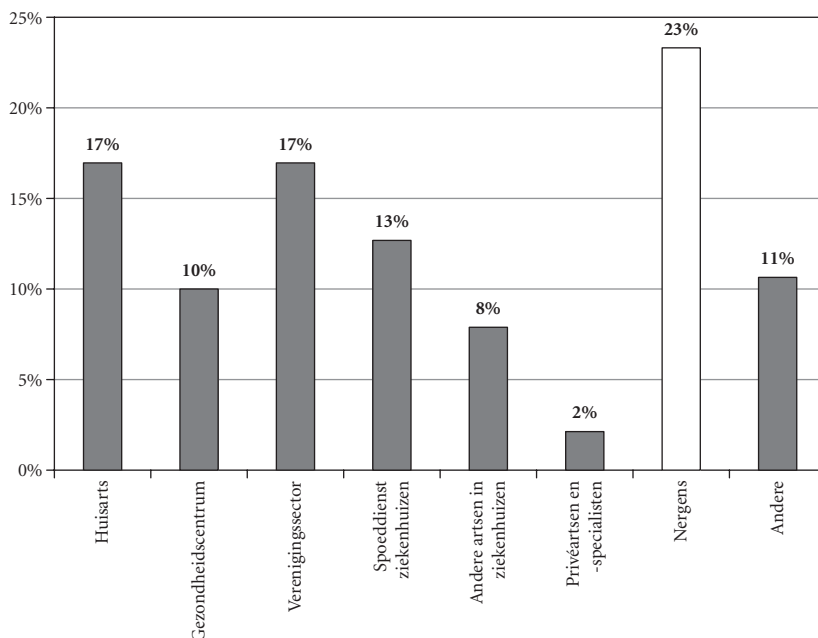
Grafiek 6: Redenen van weigering van verzorging door de gezondheidsdienst – Onderzoek Winterplan 2012-2013.



Bron: Dokters van de Wereld – België (2013).

Buiten het Winterplan wist 23% van de 159 patiënten niet tot wie ze zich voor medische verzorging moesten wenden.

Grafiek 7: Plaatsen waar medische verzorging wordt aangeboden buiten het Winterplan – Onderzoek Winterplan 2012-2013.



Bron: Dokters van de Wereld (2013).

Deze indicatoren die de consultaties van Dokters van de Wereld aan het licht brachten, tonen aan dat de verzorging van deze bevolkingsgroep een groot probleem is. De groep is enerzijds het meest kwetsbaar (indicator subjectieve gezondheid) en heeft anderzijds grote problemen inzake toegang tot gezondheidszorg.

De redenen voor het niet-verzekerd zijn en de oplossingen daarvoor zijn even talrijk en gevarieerd als de diversiteit van de groep daklozen zelf. De gevolgen van het niet-verzekerd zijn en het niet ten laste genomen worden, zijn jammer genoeg doorgaans dezelfde.

2. Gesprek met Laurence Bourguignon (hoofdpsychologe), Bruno Rochet (psycholoog), Catia Medeiros (dagverpleegkundige) bij Samusocial

Welke zijn de belangrijkste hinderpalen voor toegang tot gezondheidszorg (zowel preventief als curatief) bij uw klanten?

Een eerste vaststelling is dat de dakloze enkel een arts raadpleegt als er een dringend probleem is. Hij gaat niet voor een check-up of op regelmatige basis. Hij wacht tot hij echt pijn krijgt en gaat pas dan naar een spoeddienst in een ziekenhuis. Het probleem bij spoeddiensten is dat hij wel dadelijk verzorging krijgt voor zijn klacht (bv. open wonden), maar dat er geen blijvende medische opvolging is. Een bijkomende moeilijkheid is dat de dakloze bij aankomst op de spoeddienst vaak het gevoel heeft dat hij er niet welkom is. Hij verkeert soms in dronken toestand, beschikt niet steeds over de juiste documenten (SIS-kaart, DMH-kaart, attesten, ...), is vaak ongeduldig en wenst niet te wachten. Het eerste contact met de medische instelling verloopt dus niet altijd naar wens.

Een van de vele obstakels is dat daklozen soms verzorging weigeren. Sommigen weigeren verzorging, omdat ze geen vertrouwen hebben in het medisch korps.

Anderen weigeren omdat ze de ernst van hun fysieke toestand niet inzien. Maar onder druk van verenigingen aanvaarden ze uiteindelijk toch om het verzorgend personeel te ontmoeten, met een zekere terughoudendheid weliswaar. Nog anderen, ten slotte, lijden aan psychische aandoeningen zoals paranoia, die een normale verzorgingsrelatie verhinderen. Personen die op straat leven, hebben naast diverse sociale problemen ook heel vaak af te rekenen met psychische problemen. De verzorging van deze personen, die met velerlei problemen kampen, is voor ons een groot probleem, vooral op het vlak van doorverwijzing.

Het is al voorgevallen dat een dakloze, die werd geholpen door het team psychologen van Samusocial en een psychiater in een ziekenhuis en/of een geestelijke gezondheidsinstelling zou raadplegen, een verdere behandeling geweigerd werd en dat om diverse redenen (niet ernstig genoeg, onvoldoende middelen, geen ziekteverzekering, gebrek aan hygiëne, te gespannen, geen adres enz.). De toegang tot gezondheidszorg wordt bemoeilijkt, omdat onze klanten dakloos zijn. Dan krijgen we te horen: "Wij willen deze persoon wel opnemen, maar hij is dakloos, dus waar moet hij na zijn opname naartoe?" De combinatie van sociale en psychische problemen beperkt sterk de toegang tot gezondheids-

zorg en elke vorm van doorverwijzing naar een plaats die beter aan de leefomstandigheden van de dakloze is aangepast. Het gebeurt frequent dat niet-IRIS-ziekenhuizen weigeren om ZVV (mensen zonder vaste verblijfplaats) op te nemen en ze doorverwijzen naar een openbaar ziekenhuis zoals Sint-Pieter.

Wij kunnen niet steeds een beroep doen op dezelfde diensten en moeten onze doorverwijzingen dus diversifiëren om te voorkomen dat de medische teams genoeg krijgen van of oververmoeid geraken door ons aparte publiek.

Bij Samusocial werken we sinds meerdere jaren samen met de artsen van de verschillende diensten en ziekenhuizen, waardoor we er vandaag beter in slagen om onze daklozengroep ergens onder te brengen.

Een ander probleem is de continuïteit van de zorg en de tenlasteneming. Een voorbeeld is een ontwenningsskuur. Het ziekenhuis zal vóór elke opname vragen of er al een principiële akkoord is voor een nabehandeling in een andere gespecialiseerde instelling, maar die laatste weigert doorgaans iemand te aanvaarden voor de kuur afgelopen is (vooral als het een dakloze is). Het is echt een vicieuze cirkel! Het ziekenhuis vreest dat het na de ontwenningsskuur met de persoon in kwestie opgescheept blijft. Gelet op de talrijke sociale en psychologische problemen en het beperkte aantal beschikbare plaatsen in opvangstructuren (of andere aangepaste woonomstandigheden), vraagt het verzorgingsteam (en ook wij) zich wel eens af wat de zin van dit alles is. Zo gebeurt het dat we iemand aanmoedigen zich te laten verzorgen of te laten opnemen voor een ontwenningsskuur, maar moeten we na wekenlange inspanningen vaststellen dat hij zich weer op straat bevindt, in hetzelfde milieu als voorheen. Wij betreuren het gebrek aan continuïteit in de verzorging van deze personen, alsmede de terughoudendheid van nazorginstellingen, verzorgingsstructuren en diensten voor geestelijke gezondheidszorg. Uiteindelijk geraakt de betrokkene gedemotiveerd en houdt hij het voor bekeken: “Zie je wel dat niemand mij wil helpen...” Zo moet alle werk opnieuw vanaf nul beginnen: smeden van een vertrouwensband, begeleiding en opvolging,... Steeds weer lopen ze ontgoochelingen op. Ze hebben het gevoel te worden afgewezen door de maatschappij, de instellingen, de ziekenhuizen, de administraties enz. Jammer genoeg versterkt die opvolging van negatieve ervaringen nog meer het gevoel van mislukking, zodat toegang tot de gezondheidszorg nadien nog moeilijker wordt en de persoon in kwestie zelfs niet eens meer vragende partij is.

Continuïteit in de zorg verzekeren blijkt bij daklozen dus bijzonder moeilijk ...

Ja, dat is een van de meest zorgwekkende factoren. Wij kunnen van de opvangstructuur van Samusocial gebruikmaken voor minder belangrijke verzorging, maar de ZVV heeft behoefte aan een werkelijke opvolging. En dat is nu net moeilijk. Aan iemand zonder ziekteverzekering zal het OCMW van 1000 Brussel een referentieel wijkgezondheidscentrum toewijzen, maar problemen op het vlak van hygiëne, gedrag of administratie zullen al vrij snel de opvolging van deze personen binnen deze medische structuren bemoeilijken.

Een dakloze raakt regelmatig zijn administratieve documenten (medische kaart, identiteitskaart, SIS-kaart enz.) kwijt (of ze worden gestolen), vergeet een afspraak te maken, komt te laat bij de permanentiedienst, m.a.w. kan zich niet aanpassen aan de toegangsfaciliteiten. Omdat het moeilijk is zich aan bepaalde afspraken te houden, komt de verstandhouding met de medische structuur onder druk te staan en wordt een continue zorgverlening onmogelijk.

Een andere factor is de grote prevalentie van psychische aandoeningen bij het ZVV-publiek. We schatten dat ongeveer 30% van de personen die een zekere tijd op straat leven, psychische, zelfs psychiatrische problemen heeft. Zij willen geen beroep meer doen op het medisch korps (arts, psycholoog, psychiater, ...), omdat ze of hun ziekte ontkennen of in het verleden meerdere behandelingen hebben geprobeerd die echter nooit werden opgevolgd.

Iemand die via de spoeddienst met een acute psychische stoornis wordt binnengebracht en reeds diverse keren in psychiatrische instellingen werd opgenomen, bevindt zich korte tijd later vaak toch weer op straat, zonder ambulante opvolging of medisch-psychologische doorverwijzing. Elke nieuwe crisis of probleem betekent weer een nieuw ziekenhuis, een andere arts, een andere behandeling, andere afspraken. Uiteindelijk geeft deze persoon er de brui aan en belandt hij weer op straat.

Er heerst een hokjesgeest binnen de diverse zorginstellingen en er is vooral een gebrek aan specifieke antwoorden op de noden van dit doelpubliek.

De oplossingen moeten worden gediversifieerd en de instellingen moeten hun eisen bijstellen. Ook moeten de opnametermijnen worden herbekeken met zin voor coördinatie en continuïteit van de zorg. De begeleiding dient er te zijn voor, tijdens en na de opname.

We stellen ook nog andere problemen vast. Sommige private psychiatrische instellingen overschrijden de forfaitaire bedragen (soms tot vijf keer het RIZIV-bedrag), terwijl het OCMW slechts de kosten op zich neemt als het ziekenhuis een bepaald tariefplafond respecteert. Personen met het OMNIO-statuuut kunnen bij wijze van spreken om de twee dagen een psycholoog/psychiater raadplegen, terwijl iemand die van het OCMW afhangt, de psychiater tijdens zijn opname nauwelijks ziet... Die praktijken moeten aan de kaak worden gesteld. Inzake toegang tot gezondheidszorg is er wel degelijk een probleem van sociale rechtvaardigheid, vooral dan in de psychiatrische privésector.

Een ander probleem rijst met sommige nachtopvangcentra die met het RIZIV een overeenkomst hebben. Wij kunnen ons publiek niet naar die opvang sturen, omdat er een niet-gesubsidieerde woonst voor overdag moet worden gevonden. Wettelijk gezien kan de patiënt niet tweemaal van het RIZIV afhangen ('s nachts en overdag).

Omdat zij elders niet terecht kunnen of niet toegelaten worden, blijven deze mensen met hun psychische of lichamelijke klachten de spoeddiensten van de ziekenhuizen overbelasten. Het is te begrijpen dat de eerstelijnsdiensten die situatie uiteindelijk beu worden en de klachten beginnen te banaliseren! De psychologische en medische spoeddiensten hebben ons reeds personen doorgestuurd die zich in een zorgwekkende toestand bevonden.

Vele diensten denken ook dat Samusocial niet enkel beschikt over een huisvestingscentrum, maar ook over een geschikt multidisciplinair team om deze personen te behandelen... Ze vergeten echter dat wij een groot besmettingsrisico lopen en niet beschikken over het noodzakelijke steriele materiaal en een geschikte entourage. Andere diensten mogen geen personen naar ons doorverwijzen die te zwak zijn of wier immuunsysteem is aangetast, omdat er tussen onze muren tal van bacteriën huizen van diverse aandoeningen, zoals tuberculose, schurft, luizen, griep, waterpokken enz. Momenteel zijn we niet in staat om een zieke bevolkingsgroep op te nemen. Wij zoeken alternatieven.

Zijn de zorginstellingen dan volgens u niet voldoende aangepast aan uw publiek?

Het is hemeltergend! De aandacht moet worden gevestigd op het gebrek aan soepelheid bij de tenlasteneming van dit specifieke publiek. We worden dikwijls geconfronteerd met institutionele beperkingen die gebaseerd zijn op het negatieve maatschappelijke beeld van ons daklozenpubliek, dat inderdaad niet soepel te integreren is in de dynamiek van een zorginstelling. Te vaak doen stereotypen de ronde. Soms is dat terecht, maar soms is er ook een soort

ongeloof dat de persoon zich zal kunnen voegen naar de eisen van het zorgnetwerk. Dat zorgt voor problemen, vooral op het gebied van de administratie: deze ontwrichte personen kunnen soms moeilijk de nodige administratieve stappen zetten.

Zijn de administratieve formaliteiten volgens u een hinderpaal voor de verzorging?

Ja, het is nodig de administratieve problemen aan te kaarten. Voor illegalen is de toegang tot gezondheidszorg moeilijk wegens hun onzekere verblijf op het Belgische grondgebied. Gelukkig is er de Dringende Medische Hulp, die door het OCMW wordt toegekend, maar dat statuut vereist een minimum aan voorafgaande administratieve inspanningen en een minimale communicatiemogelijkheid (taalprobleem). De procedure is complex: de betrokkene heeft een document nodig van een arts die de noodzaak van de verzorging bevestigt; vervolgens moet hij zich naar het OCMW begeven en zijn aanvraag correct indienen; daarna moet hij zich naar het wijkgezondheidscentrum begeven dat op zijn medische kaart vermeld staat enz. De antwoordtermijnen verschillen naargelang het OCMW. Als we de administratieve stappen inzake DMH zouden willen versoepelen, dan zou een harmonisering van de werkwijzen van de OCMW's een mooi begin zijn.

Heeft u ideeën voor aanbevelingen of adequate werkwijzen?

Een grote sensibilisering bij de medische instellingen is noodzakelijk. Er moeten ook andere instellingen worden opgericht, die op een andere manier werken. De diensten voor geestelijke gezondheid zijn nog erg argwanend ten overstaan van ons daklozenpubliek. Bij de geestelijke gezondheidszorg moet rekening gehouden worden met de kwetsbaarheid van de patiënt, want anders wordt aan het belangrijkste aspect van zijn situatie voorbijgegaan.

Een grotere flexibiliteit van de instellingen is eveneens noodzakelijk, maar daar moet een politieke wil voor bestaan. Men moet na een spoedopname elders terecht kunnen. Daartoe moeten aangepaste opvangmogelijkheden opengesteld worden (beschutte of begeleide woonplaatsen, bijvoorbeeld). Het is bijvoorbeeld niet mogelijk om psychotische daklozen na een ziekenhuisopname naar een gespecialiseerde instelling over te brengen. Niet alleen moeten ze talrijke keren op gesprek komen, bovenal is er een minimumwachtijd van zes maanden tot een jaar. Er zijn ook te veel voorwaarden die moeten worden vervuld: men mag geen alcoholprobleem hebben, noch tegelijk drugverslaafd en psychotisch zijn. Men mag evenmin zowel geestelijk gehandicapt als psychotisch zijn. Personen met dubbele of soms drievoudige diagnoses zijn moeilijk om door te verwijzen. Ook de opeenstapeling van sociale en medische problemen maakt de keuze van een

instelling complex: ziekenhuizen en psychiatrische instellingen zijn tegen daklozen en voor opvangtehuizen zijn ze 'te psychisch gestoord'. Ze schuiven de hete aardappel door en bieden geen gepast antwoord. Onze dienst spant zich in om overleg en samenwerking te organiseren en dat begint vruchten af te werpen.

Er moet een zekere soepelheid inzake de toegankelijkheid worden gehanteerd. Dat betekent dat de drempel voor verzorging iets moet worden verlaagd: de verwachting dat de persoon zich onmiddellijk in zijn situatie schikt en zijn vertrouwen in de medische instelling stelt, is te hooggespannen.

Bij daklozen is er vooral een probleem als ze uit het ziekenhuis worden ontslagen. Soms doen zich ronduit absurde situaties voor: daklozen gaan naar een ziekenhuis, krijgen er een spoedbehandeling of eventueel een operatie, en worden vervolgens gewoon op straat gezet, terwijl er nog een ambulante behandeling nodig is. Voor de betrokkene is het moeilijk om het advies van de arts op te volgen (in bed blijven, dagelijks de wonde ontsmetten, regelmatig antibiotica nemen enz.). Hij zal zich binnen de kortste keren weer op de spoeddienst aandienen. Het is niet alleen absurd, maar bovendien erg duur voor het ziekenhuis.

Ons systeem is archaïsch en de werking van de instellingen rigide.

Alle sociosanitaire opvangstructuren moeten met elkaar verbonden zijn en er moet gestreefd worden naar een betere continuïteit, waarbij er tegelijk zorg wordt voor gedragen dat er een verbinding met de tweedelijnsstructuren is. Iedereen zou binnen het dienstenaanbod iets moeten kunnen vinden dat voor hem past. We kunnen iemand beloven dat alles beter zal gaan en hem een betere toekomst voorspiegelen, maar we moeten ervoor opletten dat we geen valse verwachtingen scheppen. We moeten echter wel blijven openstaan voor positieve veranderingen.

3. Toegankelijkheid gezondheidszorg voor straatbewoners in Brussel

Antoin GALLE, Diogenes vzw

Diogenes werkt voornamelijk op straat sinds 1995. We zoeken actief mensen op die op straat leven, luisteren naar hun noden en ervaringen en zoeken een geschikte oplossing, dit op allerlei levensdomeinen.

Een van de weinige gemeenschappelijke kenmerken van de erg diverse groep van straatbewoners is de jarenlange opeenstapeling van problemen. Het liep meestal al verkeerd in de kindertijd, met mishandeling, seksueel geweld, verslaafde ouders, plaatsing in instellingen, ... Met het wegvallen van de grenzen binnen de EU en de toename van gratis opvang nam ook de internationalisering van het publiek op straat toe: we worden meer geconfronteerd met illegale migranten die enkel hun eigen taal spreken, analfabeet zijn en in eigen land ook al erg kansarm waren.

Sommigen noemen hen meervoudig gekwetste mensen. Veel van hun sociale en medische problemen worden als acuut bestempeld, maar zijn eigenlijk chronisch, zoals verslavingen. Voor hen geldt wat prof. Jan DE MAESENEER treffend verwoordt: “Artsen die geconfronteerd worden met patiënten met meervoudige chronische aandoeningen, hebben allang begrepen dat ‘ondersteuning’ essentieel is. En dat is soms het enige wat men kan bieden vanuit de zorg. De chronische zorg verlegt zo de aandacht van een biomedische probleemgerichte benadering naar een ‘doelgeoriënteerde’ aanpak waarbij de doelen op het vlak van levenskwaliteit en levensduur, zoals de patiënt ze aangeeft, het richtsnoer worden voor medisch handelen”. “In de gezondheidszorg is het stilaan duidelijk dat men er niet komt met louter medische evidence, maar dat er ook nood is aan contextual evidence en policy evidence”.⁸²

Dringende en eenmalige zorgen hebben dus weinig zin. Er is daarentegen behoefte aan een langdurige opvolging, ook op medisch en psychiatrisch gebied, in een persoonlijke vertrouwensband die de autonomie van de patiënt zoveel mogelijk respecteert. Kansarmen worden niet geholpen met standaardoplossingen, informatiecampagnes of grote anonieme instellingen. Die bevorderen het engagement en de wederzijdse betrokkenheid niet, waarop men nochtans allang en zeer duidelijk de aandacht op gevestigd heeft.⁸³

Om de gezondheidszorg toegankelijk te maken, is er veel meer nodig dan maatregelen om de financiële toegankelijkheid te verzekeren.

Daklozen kunnen dikwijls gebruikmaken van een medische kaart van het OCMW, of genieten het OMNIO-statuut, of zijn ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum.

82 *The Lancet* 2003, 362 en Alert 2013.

83 M. NUY, *De odyssee van thuislozen*, 1998; VAN REGENMORTEL, *Zonder (t)huis. Sociale biografieën van thuislozen getoetst aan de institutionele en maatschappelijke realiteit*, 2006; A. BAART, *Een theorie van presentie*, 2001.

Op papier lijken de zaken goed geregeld. De praktijk is complexer. Zo is de toegankelijkheid van de diverse OCMW's problematisch.

- De dakloze of illegale moet aantonen dat hij zich op het – soms grillige – grondgebied van de gemeente bevindt.
- Soms moet hij reeds een attest van dringende medische hulp hebben (probleem van de eerste consultatie).
- Soms wordt hij onterecht weggestuurd door onbevoegd onthaalpersoneel.
- Soms zijn er taalproblemen.
- De sociaal assistent moet voor een medische kaart een uitgebreid dossier samenstellen met een sociaal verslag, zoals voor leefloon, en dat voorleggen aan het comité.
- De toename van de daklozendossiers is vooral te wijten aan de stijging van de aanvragen voor dringende medische hulp. Voor het personeel betekent dit een hoge werklast (cijfers OCMW CASU Brussel).
- De dakloze of illegale moet zich aanbieden op afspraken op diverse plaatsen in de stad, waarvoor hij dus het openbaar vervoer moet gebruiken. Hij moet een aantal documenten kunnen voorleggen (identiteit, mutualiteit, ...) die misschien net gestolen of verloren zijn.

Deze zaken zijn niet meer evident wanneer de patiënt onder invloed is, slecht te been, psychisch gestoord, gedesoriënteerd, depressief, ... is, of een combinatie hiervan. Veel daklozen zijn uitgeput, staan voortdurend onder stress, hebben geen agenda, ...

Suggesties voor verbeteringen

Correct onthaal door geschoolde personen. Sommige baliebedienden slagen erin met eenvoudige middelen een onthaal op te zetten waar ieder zich gezien voelt, ook als het druk is. Ze weten wie wie is, ook bij de diverse diensten.

Reeds meer dan 20 jaar worden aan de OCMW's in Brussel meer eenvormige en vaste procedures gevraagd, maar ze blijven dat weigeren. Personeel binnen en buiten de OCMW's moet beter op de hoogte zijn hoe het toelatingen voor zorg kan verkrijgen. Kunnen lokale OCMW's de verhoogde en complexe werklast voor de aanvragen voor dringende medische hulp zonder steun van het Gewest of de federale Staat blijven verwerken? Ze zijn slecht uitgerust voor die taak: een sociaal assistent moet een uitgebreid onderzoek voeren, medische details navragen waarvoor hij niet bevoegd is, met iemand die niet eens een landstaal spreekt. Voor Europese burgers komt daar bij dat ze eigenlijk een beroep moeten doen op de ziekteverzekering in hun eigen land, maar deze

procedure wordt wel bijzonder lastig als iemand geen adres heeft. Europese burgers blijven soms in Brussel rondzwerven zonder recht op enige sociale steun. Ze hebben enkel recht op dringende medische hulp en na enkele jaren lijden ze aan dezelfde chronische ziekten als andere straatbewoners.

Een ander oud zeer is de automatische toekenning van rechten, bijvoorbeeld via de derdebetalersregeling, het OMNIO-statuuut enz. De patiënt moet hiervoor zelf de nodige documenten aan zijn mutualiteit bezorgen.

Een patiënt die een tussenkomst voor medische hulp van het OCMW nodig heeft, moet zelf naar het OCMW gaan. Hij moet zich dus kunnen oriënteren, afspraken nakomen, hulpvragen formuleren, ... Velen zijn daar door een psychiatrische stoornis, uitputting, ziekte of verslaving niet meer toe in staat. Zouden erkende derde partners deze rol niet kunnen vervullen?

Zoals eerder aangehaald, hebben daklozen nood aan vertrouwde gezichten, zeker bij het OCMW. Jammer genoeg is het personeelsverloop groot. Werkdruk is een van de oorzaken, maar zeker niet de enige.

Wijkgezondheidscentra hebben vele troeven in handen voor een goede zorg aan daklozen. Helaas zijn vele volzet, of nog niet erkend in forfaitaire regeling. Hun rol verdient meer erkenning, niet alleen door de overheid, ook door ngo's.

Enkele redenen waarom het goed klikt met het straatpubliek:

- gratis consultaties;
- ervaren onthaalpersoneel;
- geëngageerde artsen die desnoods wat meer tijd kunnen nemen en ervaring hebben met het doelpubliek;
- een vaste huisarts, die er niet alleen voor staat, die een vertrouwensrelatie kan opbouwen met de patiënt;
- er wordt gewerkt aan sociale cohesie (ontmoeting, sport) en gezondheidsvoorlichting op maat;
- onbegrensd in tijd;
- verpleging, kinesitherapie, een tandarts, psychologische hulp enz. zijn beschikbaar;
- kwaliteitsvol en niet stigmatiserend, het is niet enkel voor 'marginalen'.

Medische diensten die met daklozen werken, zouden in Brussel moeten kunnen nagaan bij wie de patiënt is ingeschreven, zodat bijvoorbeeld spoeddiensten of Dokters van de Wereld de patiënt kunnen verwijzen (een flink aantal patiënten heeft cognitieve en geheugenproblemen, of is uitgeput, gestresseerd, depressief, of zijn documenten zijn gestolen of verloren, zodat ze soms niet meer beseffen dat ze een huisarts hebben).

De versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg is een belangrijk principe om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de meest kansarmen te verzekeren.⁸⁴

Hiaten in de verslavingszorg

Nogal specifiek voor Brussel lijkt de zeer hoge prevalentie van ernstige alcoholverslaving onder straatbewoners, naast een bijna algemene tabaksverslaving en een grote beschikbaarheid van verslavende medicatie en drugs.

Dit vereist een politieke visie en een preventiebeleid, dat veel breder is dan enkel de medische sector, om o.a. de beschikbaarheid van die middelen te verminderen. Nu raakt men gemakkelijker aan bier dan aan water. Diverse Nederlandse steden hebben daarentegen maatregelen getroffen om de beschikbaarheid en de publieke verbruiksmogelijkheden van alcohol selectief te beperken.

Daarnaast valt te denken aan:

- maatregelen van budgetbeheer;
- een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) voor Korsakovpatiënten. Een specifiek gevolg van alcoholverslaving zijn de cognitieve defecten. Deze patiënten ontwikkelen typische geheugen- en motivatieproblemen, zij kunnen hun leven niet meer in handen nemen. Deze stoornissen zijn weinig bekend. Zowel medische als sociale diensten houden er geen rekening mee.

Specifieke woonvormen met controle en omkadering zijn aangewezen:

- uitbreidingen van woonvoorzieningen voor verslaafden zoals bij Transit;
- perspectieven na de ontwenning. Een aantal ziekenhuizen stelt dit zelfs als voorwaarde voor opname voor ontwenning. Deze nazorgdiensten stellen dan een hele intakeprocedure voor met talrijke afspraken en voorwaarden waar van op straat onmogelijk aan te voldoen is!
- ontwenningsmogelijkheden voor polytoxicomanen zonder meer.
- gebruikersopvang voor chronische alcoholisten met mogelijke hersenschade of mentale beperking of psychiatrische stoornis. Nederland en Canada kennen al langer *wet programs*: zeer laagdrempelige huisvestingsprogramma's met nadruk op het verbeteren van de mentale en fysieke gezondheid, voeding, hygiëne en sociale integratie. Maar abstinentie is geen voorwaarde.⁸⁵

84 Zie recent onderzoek aan de Universiteit Gent: <http://www.ugent.be/nl/actueel/nieuws/persberichten/spoed-toegang-kansengroep.htm>.

85 Zie het huisvestingsprogramma 'The Oaks': <http://ottawainnercityhealth.ca/home> en <http://www.youtube.com/watch?v=UApcRPnwGYk> voor het project in Amersfoort.

De welzijnssector is onvoldoende uitgerust voor deze problematiek, die ten laste moet blijven van het RIZIV.

Psychiatrische problemen

Psychiatrische problemen zijn internationaal voldoende beschreven en de oplossingen zijn bekend. Maar in tegenstelling tot andere landen ontbreekt een nationaal/gewestelijk actieplan. Ondertussen is het in Brussel al 20 jaar behelpen. Bij ontslag uit de instelling worden psychiatrische patiënten maar al te vaak verwezen naar commerciële niet-erkende opvang of komen ze op straat terecht.

De Ziekenhuiswet moet worden aangepast, zodat Brussel het psychiatrisch beschut wonen kan uitbouwen, het liefst met een grote diversiteit. De mensen met multidiagnose zouden daarin voorrang moeten krijgen.

Meer uitleg over de Brusselse noden in de GGZ kan men vinden in 'Spécificité de la Région de Bruxelles-Capitale en rapport avec l'organisation des aides et des soins en santé mentale' van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheid Gebied Brussel-Hoofdstad. We citeren uit dit verslag: 'Les Maisons de Soins Psychiatriques sont également moins nombreuses à Bruxelles qu'en Flandre et accueillent souvent des populations moins stabilisées qu'ailleurs. Le manque criant de logements accessibles et d'alternatives de logements supervisés en région bruxelloise est un frein au développement d'alternatives à l'hospitalisation. Il existe également un déficit en termes de place d'accueil pour personnes avec un handicap mental, ce qui augmente la pression sur les lits psychiatriques.'

Brussel heeft een dienst straatpsychiatrie nodig, zoals in Amsterdam, die verbonden is met de rest van de geestelijke gezondheidszorg en patiënten lange tijd kan opvolgen.

Uiteraard moet *Housing First* uitgebouwd worden, maar niet zoals het nu gebeurt. Iedereen spreekt erover, maar weinigen schijnen te weten wat het inhoudt, de methodieken zijn grotendeels onbekend. ACT, Assertive Community Treatment, is een essentieel onderdeel van deze methode. Deze bestaat uit een hele reeks richtlijnen om psychotische patiënten extramuraal te omkaderen. Het gaat over teamsamenstelling, drang en dwang, ervaringsdeskundigen enz.⁸⁶ Het budget is versnipperd. Waar deze methode zo goed

86 MULDER en KROON, ACT, bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen, 2009.

mogelijk wordt toegepast, zoals bij Puerto, zijn de resultaten nochtans veelbelovend.

De verplichte opname doet af en toe vragen rijzen. De interpretatieverschillen tussen diverse psychiaters van eenzelfde probleem kunnen groot zijn. Hoe kunnen hierover betere afspraken worden gemaakt? Zonder perspectief heeft een verplichte opname geen zin.

Men dient tijdig te voorzien wat er na de opname kan, bijvoorbeeld plaatsing, rechterlijke maatregel, ...

Communicatie en samenwerking

Ondanks het grote aantal initiatieven blijven bepaalde noden onbeantwoord. De Fontein, bijvoorbeeld, kan de vraag naar hygiënische verzorging niet meer bolwerken.

Diensten doen overigens niet altijd wat ze beweren te doen en dubbel werk is geen uitzondering.

La Strada zou daarom een meer coördinerende bevoegdheid moeten krijgen.

Persoonlijke contacten tussen basiswerkers lopen goed als ze elkaar kennen. Maar zoals de recente RAPS-studie⁸⁷ aantoont, evolueren de directies en de politiek niet mee. Bestaande overlegorganen leveren minder resultaat, er is te weinig doorstroming tussen het terrein en de koepels, of sommige diensten mogen wegens politieke ingrepen niet deelnemen. Het is aan te raden een kader te ontwikkelen voor informele ontmoetingsmomenten, detacheringen, brugfiguren.

Bij de uitwisseling van medische (en andere) informatie moet de wet op het beroepsgeheim gerespecteerd worden. Patiënteninformatie zomaar op het internet gooien kan niet. De huisarts of psychiater blijft de sleutelfiguur, die alle nodige informatie moet kunnen krijgen. De sector moet de bestaande wettelijke overlegmogelijkheden zoals Hermes beter benutten. Door het betrekken van de patiënt bij het overleg wordt deze echt betrokken en gaan hulpverleners meer rekening houden met zijn visie.

87 De RAPS-studie kan men raadplegen op <http://www.smes.be/que-disons-nous/recherches-publiees-par-le-smes-b>, in het kort omschreven als: "Het actieonderzoek Netwerk van psychosociale begeleiders bracht de praktijk van psychosociale begeleiders in kaart op basis van 8 programma's afgestemd op de grote precariteit. Deze psychosociale begeleiders hebben de muren van hun verenigingen neergehaald om begeleiding te voorzien in een netwerk en over de verschillende sectoren heen".

Niet enkel het individu moet genezen, ook de context verdient onze aandacht.

Het is zoals bij cholera: enkel de patiënt genezen heeft weinig zin. Het lijkt in eerste instantie geen medische taak, maar zonder rioleringen en proper water zal de bevolking steeds nieuwe ziektegevallen kennen. Er is aandacht nodig voor de sociale determinanten van gezondheid.

De negen sociale determinanten voor gezondheid (WHO 2003) zijn:

1. The social gradient
2. Stress
3. Early life
4. Social exclusion
5. Work
6. Unemployment
7. Social support
8. Addiction
9. Food

Bepaalde medische aspecten krijgen soms naar verhouding veel aandacht, zonder dat het gekaderd is in een globale strategie. Als er bijvoorbeeld een bepaalde ziekte opduikt bij daklozen, wordt er een campagne over gevoerd, maar over de afloop en/of de opbrengst blijft men in het ongewisse.

Het is duidelijk dat de woningnood bij daklozen een groot gezondheidsprobleem is. Het gaat niet op om mensen lange tijd in onzekere noodopvang te houden. Dat is heel stresserend, waardoor mensen er levensvreemde overlevingsstrategieën ontwikkelen. Zoals Goffman het reeds in 1963 beschreef (*Asylums, essays on the social situation of mental patients*), is het rampzalig dat één instelling bevoegdheid heeft over diverse levensdomeinen (bv. wonen en medische zorg).

De leegstand van bijna 3500 sociale woningen is schrijnend.

Vorming en opleiding

Er bestaat momenteel geen opleiding waarin je leert hoe je moet omgaan met patiënten die zorg weigeren, patiënten die geen vraag hebben of waar derden de vraag stellen (*cf.* Furtos).

Sociaal werkers zijn onvoldoende in staat om de diverse gevolgen van het straatleven efficiënt te observeren, er een goede analyse van te maken en te handelen volgens de problemen/capaciteiten van de patiënt.

Sociaal werkers en diensten moeten proberen zich ontvankelijk op te stellen.

Getuigenis: Pierre, 55 jaar, dakloze

Ik heb al minstens tien jaar lang een alcoholprobleem. In oktober jl. werd ik daarom drie weken opgenomen, maar ik ben er vertrokken... In ziekenhuizen word je soms kinderachtig behandeld. Ik ben dan gedurende 6 maanden gestopt met drinken. Momenteel woon ik in een garage die ik huur.

Ik volg nu een kuur in een instelling, CATS in Vorst, wellicht voor anderhalve maand, afhankelijk van de mogelijkheden... Waarom daar? Wanneer ik naar Brugman wil gaan om een kuur te volgen bij Paul Brien, moet ik opnieuw van OCMW veranderen en dat zal mij weer angst bezorgen. In sommige OCMW's is er een enorme vertraging: soms word je pas na drie maanden terugbetaald en soms moet je daarbij ook nog uitleggen aan de sociaal assistenten hoe ze hun job moeten doen. Toen ik vernam dat ik opnieuw van OCMW moest veranderen, heb ik gezegd: "Ik stop met alles!" Normaal gezien moest ik morgen met een kuur beginnen, maar die heb ik moeten annuleren.

Als je ZVV (zonder vaste verblijfplaats) bent, word je ambtshalve uit het bevolkingsregister geschrapt en ben je dus, vanaf het ogenblik dat je naar een verzorgingsinstelling gaat, afhankelijk van het OCMW van de gemeente waar je wordt verzorgd. Gelukkig ben ik geen dagelijkse drinker, bij mij is mijn alcoholprobleem veeleer periodiek. Dus ben ik nog voldoende alert en ken ik alle mechanismen goed. Waarom mensen zo heen en weer slingeren? Er zijn al zoveel problemen om gewoon naar een ziekenhuis te gaan en daar komen dan nog eens de problemen bij die zich voordoen bij de OCMW's...

De sociaal assistenten gaan dikwijls nogal nonchalant met ons om, vind ik. Zij zijn niet echt betrokken bij hun werk. Ik heb een atypisch profiel omdat ik een ZVV met universitaire opleiding ben en mij vlot kan uitdrukken. Om betaald te worden, zet ik al twee maanden van tevoren de nodige stappen om uiteindelijk met twee maanden vertraging uitbetaald te worden. Het is schandalig, soms duurt het zelfs drie of vier maanden! Hoe kunnen mensen leven zonder geld en zonder iemand op wie ze kunnen rekenen? Het is één hindernissenparcours!

Toen ik mijn aanvraag deed voor de hernieuwing van mijn leefloon, heb ik gelijktijdig mijn gezondheidskaart gevraagd. Ze zat wel degelijk in mijn dossier, maar de sociaal assistent had nagelaten ze mij te overhandigen... Dat toont eens te meer de onbekwaamheid van sommige sociaal assistenten bij het OCMW. Zelfs binnen het OCMW zelf laaien discussies op over hoe de wetgeving moet worden toegepast. Dan kun je nagaan hoe het iemand vergaat die niet goed op de hoogte is van al die regeltjes!

Ik stel me voor dat iemand die niet goed zijn plan kan trekken of niet goed op de hoogte is van de werking van het systeem, er het hoofd compleet bij verliest. Wat moet hij doen? Hij zal gaan bedelen, een café binnengaan, drinken... en opnieuw op de spoeddienst belanden!

In sommige ziekenhuizen lijkt de spoeddienst wel een luxeoord waar de koning gaat sch...ten. Bij wijze van spreken dan...

Ik herinner me dat men me rond 17u in een kamer op een matras op de grond heeft gelegd, tot 5u 's morgens. Ik hoorde het gepiep van de monitoring, de lachsalvo's van de verpleegsters in de gang, de sarcastische opmerkingen die in de gang over mij werden gemaakt... Sommigen mogen dringend hen lessen deontologie eens opnieuw bekijken. Het is waar dat we niet altijd even proper zijn als we binnenkomen, maar als ze me een washandje hadden gegeven, had ik mezelf wat kunnen opfrissen.

Tijdens mijn laatste ziekenhuisopname werd ik door de hoofdverpleger herkend. Hij zei: "Welwel, mijnheer X. U was al eens bij ons. Vanaf nu ben je stamgast!" Ik vind dat erg vernederend. Het duurde nog drie uur voor hij zich verwaardigde mijn broek uit te trekken en me te wassen. De laatste keer op de spoeddienst heb ik vier uur lang in de gang gewacht, samen met twee oudere dames, die ook al zes uur aan het wachten waren... Het kan een eeuwigheid duren voor iemand naar je omkijkt. Op de spoeddiensten heerst een schrijnend gebrek aan empathie en wordt men als een stuk vee behandeld!

4. Gesprek met Marie-Thérèse Reul en Coralie Guaveïa van 'La Fontaine' (Belgische afdeling van de Orde van Malta)

Kunt u mij kort uw functie en de structuur van uw organisatie schetsen?

'La Fontaine' is een hygiënisch centrum waar daklozen sedert 17 jaar terecht kunnen om een douche te nemen, hun kledij te wassen en indien nodig te worden verpleegd. Onze doelstellingen zijn veelzijdig: socialisatie, oriëntatie (vergemakkelijken van administratieve formaliteiten bijvoorbeeld), communicatie en het voorkomen van aandoeningen door een betere hygiëne.

Zijn er specifieke gezondheidsproblemen bij daklozen?

Ja, sommige problemen houden verband met hun leefwijze, bijvoorbeeld parasitose, luizen, schurft en schimmels. Er zijn ook de diverse problemen met verslaving.

Wij werken veel samen met wijkgezondheidscentra waar de patiënten indien nodig naartoe worden gestuurd. Dikwijls vereist hun gezondheidstoestand een onmiddellijk ingrijpen.

Op spoeddiensten kan iemand dadelijk worden opgenomen, maar in de wachtzaal is er het best iemand bij hen. We moeten erbij zijn om de persoon te steunen, anders wordt hij dikwijls geweigerd of duurt het wachten te lang.

Hoe worden de behandelingen opgevolgd?

Opvolging is moeilijk. Zo hadden we het geval van iemand die besmet was met tuberculose. FARES bood hem elke ochtend koffie en boterkoeken aan, zodat hij zich zou laten behandelen, maar het heeft niks uitgehaald. We wisten waar hij ging bedelen en uiteindelijk bleek de Magdalenakerk hem zijn medicatie te geven. In een ideale wereld zouden we ons aan elke persoon moeten kunnen aanpassen, maar met zo weinig personeel is dat niet gemakkelijk.

Op hun papieren voor ziekenhuisopname vinken we het hokje 'terugkeer naar huis' aan. Maar naar welk huis? Zo was er een man die zich op woensdag aan spataders had laten opereren en die 's vrijdags al werd ontslagen. Ik belde toen het ziekenhuis om hem toch het weekend nog daar te laten, maar de dokter antwoordde dat hij niet wist dat de man op straat leefde. Toen ik de man vroeg waarom hij niets had gezegd, zei hij dat hij beschaamd was over zijn toestand.

Welke zijn de belangrijkste hinderpalen voor gezondheidszorg bij dit publiek?

Gewoon hun levensomstandigheden. Zelfs al doen we dan preventief werk op hygiënisch vlak, ze kunnen hier slechts eenmaal per week terecht om een douche te nemen. Hoe behelpen ze zich dan de rest van de week? Er zijn niet veel andere plaatsen waar het gratis kan.

Proper zijn en van kledij wisselen: dat kan reeds veel kwaad voorkomen.

Er is ook het probleem van de voeding. Deze mensen kiezen hun voeding niet. Veel daklozen zijn diabeet, vooral als gevolg van alcohol. Om diabetes te voorkomen, is een evenwichtige en gezonde voeding noodzakelijk. Maar met hun levensomstandigheden is dat onmogelijk.

Er zijn ook problemen met het gebit. Als gevolg van drugsgebruik en een gebrek aan hygiëne hebben ze op 25 jaar nog enkel wat stompjes in hun mond. Voor hen is tandverzorging niet evident. Dat is jammer, want er zouden veel maagzweren en extra complicaties kunnen worden vermeden.

Ook vaccinaties toedienen is moeilijk. Inenten tegen griep is bijvoorbeeld een goed idee, maar als ze als gevolg van een afweerreactie 40° C koorts hebben, wie gaat hen dan opvangen?

Een ander probleem voor toegang tot gezondheidszorg heeft te maken met het DMH-atteest (attest voor dringende medische hulp). Dit medisch attest krijgen daklozen pas als er al een ernstige gezondheidsbedreiging is. Het attest is noodzakelijk om een medische kaart te verkrijgen waarmee ze gratis bij een arts en apotheek terecht kunnen.

Er zijn ook daklozen die hun gezondheid verwaarlozen. Voor hen zijn een slaapplek, eten, een plaats om zich te wassen enz. het belangrijkste. Dat vergt zoveel van hun tijd en energie dat ze voor de rest geen energie meer hebben.

Weigeren uw bezoekers soms gezondheidszorg om financiële redenen?

Meermaals kreeg ik te horen dat ze naar de spoeddiensten waren gegaan en dat hen gevraagd was te betalen omdat ze geen ziekteverzekering hadden. Ze maken dan rechtsomkeer, zonder goed te weten waar ze naartoe kunnen. Wijkgezondheidscentra zijn een goed alternatief om financiële problemen te vermijden.

Deze centra hebben een sociale dienst die stappen onderneemt om dringende medische hulp te verkrijgen. Maar voordat de medische kaart van de patiënt in orde is, rekenen de centra op vrijwilligerswerk en de goede wil van de artsen. Zolang daklozen hun medische kaart niet hebben, kunnen ze geen geneesmiddelen krijgen, wat de behandeling vertraagt. En als de kaart niet meer geldig is, moet alles weer herbegonnen worden. Een moeilijk op te lossen probleem!

De OCMW's hangen van de gemeenten af. De ZVV's worden van het kastje naar de muur gestuurd en de OCMW's spelen elkaar de bal door. Ik vind dat stuitend, want dat zorgt voor zoveel vertraging.

“Ah, u slaapt in het zuidstation? Dan moeten wij uw dossier annuleren, want u moet naar Sint-Gillis...” De mensen denken dat ze voor de gek worden gehouden. Bij het OCMW van Sint-Gillis krijgen ze dan te horen dat ze niets kunnen doen, omdat ze de vorige nacht bij Samu hebben geslapen en dat die hen dan maar moeten helpen. Als men zich in een moeilijke situatie bevindt, dan heeft men de neiging vlugger op te geven, zeker als men dan ook nog eens van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Een mens zou van minder moedeloos worden.

Waarom kan men niet één enkele structuur oprichten, die door alle OCMW's van het Brusselse Gewest financieel gesteund wordt voor de opvang van daklozen?

Zijn administratieve formaliteiten ook een hinderpaal volgens u?

Het probleem met de medische kaart is dat men vaak een wijkgezondheidscentrum en een erkende apotheek toegewezen krijgt waar men naartoe moet gaan. Deze medische kaart is 1 tot 3 maanden geldig. De kaart raakt echter dikwijls verloren of wordt gestolen.

Het is jammer dat die medische kaart niet ingelezen wordt in de computerbestanden van het wijkgezondheidscentrum en de apotheek, zodat iemand zich steeds kan laten verzorgen, zelfs al heeft hij zijn kaart niet bij zich.

Als de kaart vervallen is, worden de begunstigten geweigerd en moet er een nieuwe kaart worden aangevraagd. Dan volgt weer een bezoek aan de arts voor een DMH-attest! In afwachting moet men de behandeling onderbreken... De arts schrijft de geneesmiddelen wel voor, maar de dakloze moet 's anderdaags eerst bij het OCMW langsgaan om het formulier op te halen waarmee hij dan het geneesmiddel bij de apotheek kan afhalen.

5. Gesprek met Irène Kremers, arts bij 'Relais Santé', Charleroi

Kunt U in het kort uw functie en de structuur van uw vereniging schetsen?

De sociaal werkers van het netwerk 'Relais social de Charleroi' werden vaak door daklozen gecontacteerd, omdat ze moeilijk toegang kregen tot gezondheidszorg. Zo ontstond het idee om voor deze bevolkingsgroep zelf een toegangsstructuur voor gezondheidszorg op te zetten. Wij blijven met hetzelfde netwerk werken en bieden naast verpleging en sociale opvang ook medische consultaties aan. We organiseren ook permanenties buiten het centrum, bijvoorbeeld bij de nachtopvang en de dagopvang waar we eens per week langsgaan, of op straat of in een kraakpand als de sociaal werkers van de 'Carolo Rue' dat vragen.

Zijn er specifieke gezondheidsproblemen bij de daklozen?

Er zijn veel aandoeningen van de luchtwegen en veel ziekten als gevolg van verslavingen aan o.a. heroïne, cocaïne enz. Ook pathologieën die het gevolg zijn van alcoholmisbruik, zoals leverziekten, komen frequent voor. Op het verpleegkundige vlak zijn er uiteraard allerlei hygiënische problemen. De voeten, bijvoorbeeld, zijn soms in een zorgwekkende toestand.

Er is dus werk aan de winkel op het vlak van gezondheidsopvoeding. We hebben een douche, maar die is niet publiek toegankelijk. Hij is veeleer een onderdeel van het onderricht voor lichaamsverzorging, waarbij de verpleegster de persoon leert hoe hij zich moet wassen.

Er zijn ook psychiatrische problemen, gaande van neerslachtigheid tot een psychiatrische pathologie. Veel psychisch leed heeft een sociale oorsprong. Soms denken we aan een psychiatrische aandoening, maar het simpele gegeven dat ze zich in een SSOS (socio-sanitaire opvangstructuur) bevinden, eens lang en goed hebben kunnen slapen, wat aangemoedigd worden enz. zorgt al voor een opmerkelijke verlaging van het stressniveau. Volgens wetenschappelijke literatuur vindt men op straat 20% van de psychoses. Wij ontmoeten mensen met een delirium zoals dat vroeger, voor het gebruik van neuroleptica, ook wel voorkwam, omdat ze niet behandeld en opgevolgd worden. Ze zijn volledig aan zichzelf overgelaten, zonder gelegenheid tot gedecompenseerd zijn.

Welke toegankelijkheidsproblemen zijn er inzake gezondheidszorg?

Hier in 'Relais Santé' zijn de consultaties gratis. Voor geneesmiddelen is er een probleem als ze niet bij de mutualiteit zijn aangesloten. Bij zeer dure, chronische behandelingen kan het OCMW een deel van de kosten op zich nemen die niet door de mutualiteit worden terugbetaald. Voor patiënten zonder wettig verblijf is het niet gemakkelijk. In 2012 was ongeveer 58% van onze patiënten 'zonder papieren' en dat aantal stijgt jaarlijks. Het is moeilijk voor mensen zonder papieren, ongeacht of ze nu clandestien met de boot zijn aangekomen, asiel of regularisatie hebben aangevraagd enz. In Charleroi bestaat sinds 2009 een kaart die toegang geeft tot gezondheidszorg. Daarmee hebben ze recht op alle zorg die door het RIZIV wordt terugbetaald. Een persoon kan recht hebben op zo'n kaart wanneer hij een aanvraag tot dringende medische hulp bij het OCMW indient. Dat levert dan een kaart af voor een periode van drie maanden, een periode die telkens met drie maanden kan worden verlengd. In theorie is dat prachtig, maar de praktijk is helaas anders. Velen worden geweigerd omdat ze niet durven zeggen waar ze wonen, zodat het OCMW niet kan controleren of ze daadwerkelijk op het aangegeven adres wonen. Het laatste jaar zijn de toekenningsvoorwaarden voor deze kaart ook enorm verstrengd. Weigering is de regel en dus stellen wij steeds vaker schrijnende gezondheids-situaties vast. Ik heb mensen gezien die dringend hulp nodig hadden! Omdat het op het medische vlak zo niet meer verder kon, omdat ze dringend medicijnen nodig hadden of een chirurgische ingreep...

Bij de huisarts betaalt iemand met een OMNIO-statuuat slechts 1 euro remgeld, uiteraard als de arts de derdebetalersregeling wil toepassen. Dat is ook een van de doelstellingen van 'Relais santé'. We geven de daklozen hulp voor de duur dat ze op straat wonen en trachten hen dan door te verwijzen naar een huisarts. Het is echter niet vanzelfsprekend om iemand terug te sturen naar de arts die hem reeds heeft behandeld. De artsen zijn immers reeds over-

belast en nemen geen nieuwe patiënten meer aan... Bovendien betreft het dan ook nog een speciaal publiek dat veel tijd en organisatie vraagt. Wij werken hier in een team met een arts, sociaal assistente, verpleegkundige enz. We verwijzen zelden door. Het voorbije jaar gebeurde dat slechts bij een twintigtal van de 600 patiënten.

We hebben soms ook patiënten die we naar de spoeddienst sturen, waar we dan te horen krijgen: "Ah, maar dat is een sociaal geval hé..." Zij sturen die persoon dan naar ons terug wegens het 'sociaal probleem'. Ik herinner mij een patiënt in een dergelijke situatie: hij was volkomen ondervoed en moest dringend opgenomen worden.

Met het Notre Dameziekenhuis hebben we het volgende systeem uitgewerkt: de maatschappelijk werker neemt telefonisch contact op met de spoeddienst en stelt voor de dakloze naar de nachtopvang terug te brengen wanneer de spoeddienst van oordeel is dat de persoon in kwestie niet moet worden opgenomen. Dat betekent dat de dakloze niet op de spoeddienst moet blijven indien hij niet opgenomen moet worden. Als men op de hoogte is van de beperkingen en precieze taken van de andere diensten, dan kan men beter samenwerken. Dat heeft ook het voordeel dat de verwachtingen tegenover de andere diensten niet te hoog gespannen zijn.

Een andere moeilijkheid in verband met administratieve formaliteiten is de termijn om DMH te verkrijgen. Omdat de kaart maar drie maanden geldig is, is ze soms al bijna verstreken als ze afgeleverd wordt! Dan moet een nieuwe aanvraag voor een volgende kaart worden ingediend, maar telkens zijn er 'gaten' in de periode van dekking. De begunstigde kan dan niet meer naar een huisarts worden gestuurd, tenzij er telkens een goedkeuring wordt gevraagd, maar dat is gekkenwerk. Ja, het zou goed kunnen functioneren, tenzij voor mensen zonder papieren aan wie DMH nu systematisch wordt geweigerd!

De OCMW's moeten worden aangesproken, maar ook de beleidsmakers van het Waalse Gewest en op federaal niveau, zodat ze kennisnemen van de moeilijkheden die zich op het terrein afspelen.

Zowel op beleidsvlak als op ziekenhuisniveau hebben de sociaal werkers elkaar leren kennen en zijn ze beginnen samen te werken rond dezelfde situatie, met personen die bepaalde diensten voor problemen stellen. Het is een zaak van coördinatie, communicatie en sensibilisering.

6. Samenvatting en aanbevelingen

Dr. Pierre RYCKMANS, vzw 'Infirmiers de rue'

Het doel van de vzw 'Infirmiers de rue' is om door middel van hygiëne en gezondheidszorg ernstig sociaal ontheemden, die grotendeels op straat leven, opnieuw in de maatschappij te laten functioneren.

6.1 Verzorging, gezondheid en huisvesting

Het leven op straat brengt gezondheidsrisico's mee en die hebben een weer-slag op het ziekte- en sterftecijfer.

Een belangrijke vaststelling is dat de echte doodsoorzaak van mensen die op straat of in een spoeddienst sterven, bijna nooit bekend is. Ook weten we doorgaans niet welke spoeddienst werd opgeroepen om de persoon te proberen te reanimeren of om het overlijden vast te stellen, noch de medische dienst of zorgverleners die de patiënt een tijdlang hebben gevolgd. Het is dus moeilijk zich een idee te vormen over de doodsoorzaken bij deze bevolkingsgroep en bijgevolg adequate preventieacties te organiseren en de risico's te verminderen.

Een casestudie, die weinig kost, kan misschien op deze vraag een antwoord bieden.

Uit onze ervaring blijkt dat een effectieve toegang tot gezondheidszorg, zeker bij gecompliceerde aandoeningen, momenteel zeer moeilijk is voor personen die op straat leven.

De redenen daarvan zijn:

- het verschil in prioriteiten van de betrokkene (eerder gericht op overleven dan op de toekomst);
- de chaotische levensomstandigheden op straat;
- de klassieke gezondheidsstructuren zijn niet op de betrokken doelgroep afgestemd (hygiëne, het gebonden zijn aan uren en wachttijden, gedrag);
- hygiëne is moeilijk als je op straat leeft: hygiëne van lichaam en kledij, hygiëne inzake slaap, voeding, stress.

In sommige gevallen lijkt het beter en soms zelfs noodzakelijk om op lange termijn de toegang tot gezondheidszorg te koppelen aan een vaste verblijf-

plaats. De inzet daarvan is dubbel: enerzijds zorgen investeringen in zijn gezondheid ervoor dat de dakloze meer interesse heeft voor een vaste woonplaats, anderzijds zet een vaste woonplaats de dakloze er op termijn toe aan meer aandacht aan zijn gezondheid te besteden.

6.2 Complexiteit van de problematiek

De toegang tot gezondheidszorg voor daklozen en, ruimer, de verbetering van hun gezondheid, vormen een complexe problematiek, niet enkel door de ingewikkelde individuele situaties, waarbij elke situatie gekenmerkt is door sociale, medische, administratieve en psychologische problemen, maar ook door de diversiteit van de situaties waarmee men te maken krijgt. Dat verplicht hulpverleners zich voortdurend aan te passen aan de soms zeer uiteenlopende problematieken en vraagt specifieke bekwaamheden en aangepaste oplossingen.

Elke situatie noodzaakt een gecoördineerde werking van verschillende actoren. Dat kunnen telkens andere zijn, afhankelijk van de situatie, maar vaak zijn tijd en volharding nodig om de situatie op te lossen.

Beslissende elementen blijken te zijn:

- parallelle aanpak van verschillende problemen: medische gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg, opnieuw orde scheppen in de administratie, een stabiele huisvesting,...;
- coördinatie tussen de verschillende actoren;
- aanpassing van de verschillende actoren en instellingen aan dit type bevolking;
- werken op termijn, zelfs als er bepaalde spoedhandelingen (opvang in de winter, dringende medische zorgverlening) noodzakelijk zijn voor het overleven van de patiënten; in sommige omstandigheden kan dat een eerste houvast zijn voor het werk op lange termijn.

Indien crisissituaties zoals een ziekenhuisopname door alle partijen als een buitenkans worden beschouwd, kunnen ze mits een goede samenwerking leiden tot onverwachte wijzigingen in de situatie van daklozen.

Deze elementen moeten voortdurend in het achterhoofd worden gehouden, zowel bij de opleiding van het personeel als bij de oprichting van nieuwe voorzieningen of instellingen, teneinde effectief oplossingen te kunnen uitwerken die aangepast zijn aan de op het terrein ondervonden moeilijkheden.

6.3 Aanbevelingen

Het is bemoedigend vast te stellen dat de aanbevelingen van de diverse actoren grotendeels overeenstemmen. Samengevat kunnen ze als volgt worden weergegeven:

- 1) het verzorgend personeel sensibiliseren en opleiden aangaande de specifieke kenmerken en omstandigheden van daklozen: hun noden en verwachtingen leren kennen, hun angsten voorkomen en tegelijk adequate en kwalitatieve zorg verstrekken;
- 2) middelen geven aan instellingen, zodat deze flexibeler kunnen zijn bij de opvang van deze bevolkingsgroep: meer tijd voor een consultatie uittrekken, vertalers inschakelen evenals begeleiders of psychologen ter ondersteuning van de zorgverstrekker, een grotere soepelheid in de administratieve procedures, meer beschikbare plaatsen...;
- 3) alle actoren bewust maken van het belang van continuïteit in de verzorging en de opvolging in het algemeen: ze moeten een schakel zijn van de ketting van de gezondheidszorg, waarbij de toekomst van de patiënt centraal staat. In dit kader kan een crisis worden gezien als een buitenkans voor verandering en niet als een breekpunt;
- 4) sommige procedures vereenvoudigen en, daar waar het mogelijk is, automatiseren teneinde de zorgverlening te vergemakkelijken, zowel voor de zorgverstrekkers als voor de patiënt;
- 5) wijkgezondheidscentra mogen door hun globale aanpak, hun lage financiële drempel en hun niet-stigmatiserende toegankelijkheid worden beschouwd als een voorbeeld van een goede aanpak;
- 6) meer mogelijkheden creëren voor de verzorging van alcoholische patiënten, psychiatrische patiënten en patiënten met meerdere diagnoses;
- 7) de coördinatie en communicatie tussen de diverse actoren aanmoedigen en steunen, zowel op het niveau van de terreinwerkers als op het niveau van directies en politieke macht.

Zonder het uitdrukkelijk te zeggen, spreekt het vanzelf dat de uitwerking van deze aanbevelingen noodzakelijkerwijze zal moeten worden voorafgegaan door een duidelijke politieke wil om de toestand te veranderen.

B. Verslaafden

FEDITO Brussel – Overlegplatform laagdrempelige drughulpverlening (Brussel)

Abstract

Er werden instellingen voor hulp aan drugverslaafden opgezet om de toegang tot gezondheidszorg voor drugverslaafden mogelijk te maken, dit in een tijd waarin de traditionele structuren aan deze mensen geen aangepaste hulp meer aanboden. Deze doelstelling van toegankelijkheid vormt een rode draad door deze zeer specifieke sector, die wordt gekenmerkt door de illegaliteit van de handelingen van de begunstigen. Strategieën werden ontwikkeld om de toegangsdrempel van onze diensten maximaal te verlagen. Daardoor wordt het contact mogelijk met gebruikers waarbij een mogelijke cumulatie kan worden vastgesteld van veelvuldig druggebruik met grote armoede, thuisloosheid en niet-aansluiting bij een mutualiteit.

We hebben drie levenstrajecten beschreven die duidelijk de complexiteit illustreren van de situaties waarmee wij vandaag worden geconfronteerd. Bij wijze van besluit, ten slotte, onderzoeken we bepaalde pistes voor een betere invoeging van deze personen in ons zorgsysteem.

1. **De drughulpverleningsector van vroeger tot nu: afbakening van de diverse benaderingen**

De drughulpverleningsector, die vertegenwoordigd is in de 'Fédérations des institutions pour toxicomanes (FEDITO) bruxelloise et wallonne' en de Vereniging voor Alcohol en Drugsproblemen (VAD), omvat de instellingen die gespecialiseerd zijn in het omgaan met het fenomeen van afhankelijkheid (drugverslaving). De belangrijkste actiepunten van deze actoren zijn de informatie, diverse strategieën van preventie en 'harm reduction', begeleidingscampagnes, ambulante en residentiële zorg, en re-integratie en heraanpassing van problematische gebruikers van (voornamelijk) verboden psychoactieve stoffen.

De eerste gespecialiseerde instellingen werden opgericht eind de jaren 70 en begin de jaren 80 (Infor-Drogues, Lama-project, Enaden) op basis van de vaststelling van een totaal gebrek aan een aangepast hulp- en zorgaanbod voor drugverslaafden in de traditionele medische instellingen en geestelijke gezondheidsinstellingen. Enkel volledige ontwenning of afzondering waren de mogelijkheden die aan deze personen werden geboden.

Door geen rekening te houden met de complexiteit van de verslavingsfenomenen, met de stigmatisering van de gebruikers, de illegaliteit van het druggebruik en de vervangingsbehandelingen, werd toen elke aangepaste behandeling onmogelijk gemaakt. Dit rigide en onaangepaste kader sloot deze bevolkingscategorie uit van het verzorgingssysteem en, bij uitbreiding, ontzegde hen de meest fundamentele elementen van hun burgerschap, namelijk het recht op verzorging.

De eerste initiatieven in het belang van drugverslaafden gingen uit van de burgergemeenschap, van individuen, waaronder ook dokters die de eerste behandelingen met het substituuut methadon gratis verstrekten. Deze pioniers van de sector ondervonden veel weerstand, onder meer en vooral vanwege de Orde van Geneesheren. De wetgeving diende mee te evolueren en aangepast te worden aan de vernieuwende praktijken, zodat deze structuren zouden kunnen worden erkend en geïntegreerd in het Belgisch gezondheidssysteem, in de eerste plaats via het uitwerken en financieren van revalidatieovereenkomsten door het RIZIV, en vervolgens via diverse decreten die de ambulante sectoren organiseerden en ondersteunden nadat deze bevoegdheden geregionaliseerd waren (décrets toxicomanie 1995 van de COCOF van het Waals Gewest).

De sector groeit en wordt langzaamaan gevarieerder in etappes. Hij evolueert dikwijls om een antwoord te kunnen bieden, dikwijls in dringende gevallen, op periodes van crisis of spanningen, of bij burgermobilisaties. Denken we maar aan het proces Baudour, de aidsepidemie, de oproer in de jaren 90 en de open scènes van druggebruik in Brussel of Luik, enz. Het zijn allemaal sleutelmomenten die antwoorden gevraagd hebben en een politieke beslissing hebben afgedwongen en aangepaste structuren hebben opgezet. Naast een klassiek aanbod van programmatie en de uitwerking van een doordacht en a priori geïntegreerd systeem, is de sector opgebouwd als 'reactie op' en verscheidene projecten voegden zich bij de eerste bestaande structuren al naargelang de sleutelmomenten van de voorbije 30 jaar.

Het zorgaanbod in de drughulpverlening varieert ook als antwoord op de uitbreiding en de variatie van de gebruikte middelen en gebruikers, een duidelijk bewijs van de ongelooflijke knoeiboel die de oorlog tegen drugs en druggebruikers tijdens meer dan een halve eeuw op wereldvlak heeft teweeggebracht.

Wij beklemtonen het hier omdat deze (oorlogs)strategie enkel heeft geleid tot uitsluiting en brandmerking van volledige categorieën gebruikers en daarbij ook een versnelling heeft uitgelokt van de corruptie en het plaatselijk geweld in de verscheidene productielanden (Afghanistan, Colombia, Mexico, ...).

De voortdurende verbodspolitiek is ook de centrale motor geweest voor de totstandkoming van de sector, omdat zonder de criminalisering van het ge-

bruik en van de gebruikers de drughulpverlening een simpele formaliteit zou zijn, een hulpverlening 'zoals de andere' binnen het kader van de medische structuren en afdelingen van geestelijke gezondheidszorg.

Door alle uitbreidingen en diversificaties binnen de sector loopt een rode draad, namelijk de bekommernis over de toegankelijkheid tot hulp en verzorging voor personen die worden uitgesloten van andere instellingen, vooral voor de uitgesloten onder de uitgesloten, namelijk de drugverslaafden die naast hun verslaving ook nog eens zorgbehoevend zijn, niet aangesloten bij een mutualiteit, gevangen zitten, ... Ook al is drugverslaving op zich geen bepalende factor voor verarming, opzegging of uitsluiting, toch is ze een bezwarende factor als er zich in het leven andere problemen (economische, relationele, ...) voordoen. In sommige omstandigheden kan het gebruik van psychoactieve middelen een redmiddel zijn, een ontsnappingsweg, en soms een fragiel evenwicht bieden voor personen die psychisch minder weerbaar zijn of niet kunnen terugvallen op een vangnet op het vlak van sociale zekerheid, familie, relatie, ...

Geleidelijk aan richten de programma's zich meer specifiek op personen in gevangenschap, migranten, zeer arme en uitgesloten gebruikers, ... dus op diegenen die meerdere problemen cumuleren die allemaal hinderpalen zijn voor de toegang tot de gezondheidszorg.

Momenteel maken deze sociaaleconomisch achteruitgestelden, die al vroeg het schoolsysteem verlieten, de migranten, personen die administratief niet in regel zijn of geen huisvesting hebben, enz. een omvangrijke groep uit, en zelfs de meerderheid van ons gebruikerspubliek, althans volgens sommige bronnen. Het specifieke profiel van deze patiënten kan worden teruggebracht tot twee niveaus. Een eerste niveau bevat de drugverslaafden die sociaaleconomisch wel nog geïntegreerd en verzekerd zijn en bijgevolg toegang hebben tot bepaalde niet gespecialiseerde medische instellingen. We onderstrepen hier de rol van de huisartsen en de gezondheidscentra die instaan voor de meeste SBO's (substitutiebehandeling voor opiaten) in Franstalig België (in Vlaanderen is het systeem meer gecentraliseerd met een centrale rol voor MSOC). Een tweede niveau omvat de zwaardere gevallen die worden opgevangen in de gespecialiseerde sector; het zijn degenen die een multidisciplinaire en gespecialiseerde aanpak nodig hebben. Deze zeer zware gevallen dienen zich aan na een levensparcours dat dikwijls chaotisch is geweest en waarbij hun verslaving slechts een van de vele problemen is.

De verslavingssector vandaag

De drugverslavingsector, die actief is van de preventie in het schoolmilieu tot de laagdrempelige diensten voor uitgesloten en buiten de maatschappij le-

vende drugverslaafden, ontplooit zeer diverse activiteiten en werkt zowel voor (preventief) als na (curatief) het gebruiken.

De sector omvat informatie- en vormingsdiensten, een netwerk van huisartsen, dagcentra, therapeutische gemeenschappen, verzorgingscentra en ambulante begeleiding, ...

Deze beroepsmensen richten zich tot diverse bevolkingsgroepen en hebben specifieke betrachtingen naargelang het publiek: ongeschikte gewoonten voorkomen, de risico's beperken die verbonden zijn aan het gebruiken, het gebruik stabiliseren en dan een veranderingsproces in gang zetten, het weer in regel brengen qua administratie en integratie, geleidelijke vermindering of stoppen met druggebruik, enz. Gemeenschappelijk in hun benadering is de probleemaanpak vanuit multidisciplinair en maatschappelijk perspectief door de diverse aspecten van het druggebruik te integreren zoals de sociaaleconomische omgeving van de gebruikers, bevordering van de gezondheid en het algemeen welzijn.

De structuren en de financiering van deze diensten zijn tot in het extreme gevarieerd: RIZIV-overeenkomsten inzake functionele revalidatie, ambulante diensten (COCOF, Waals Gewest), preventiediensten (Frandstalige Gemeenschap), drugaspecten binnen de strategische preventie- en veiligheidsplannen (SPVP) van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Plaatselijke Besturen, enz.

In het kader van deze gevarieerde programma's heeft een netwerk van diensten in de eerste plaats tot doel de toegankelijkheid van diensten die worden aangeboden aan de meest uitgesloten personen, door de toegangsbeperkingen tot deze structuren tot een strikt minimum te beperken. We spreken dan van 'laagdrempelige toegankelijkheid'. De zwaarste gevallen worden er opgevangen: het gaat om combinaties van zwaar druggebruik met grote armoede en uitsluiting.

In Brussel hebben het Lama-project (RIZIV + COCOF), MASS/MSOC (RIZIV) en het centrum Transit (SPVP) de krachten gebundeld op het vlak van 'laagdrempelig overleg' teneinde een bezinningsruimte te creëren voordat een antwoord wordt geboden op de weerslag van de huidige sociale crisis op de evolutie van de vraag om hulp.

Inderdaad, de laatste jaren kende de 'lagedrempelsector' een zeer grote stijging van het aantal hulpverzoekers. Een steeds groter wordend deel van deze gebruikers bevindt zich in een toestand van sociale ontwrichting. De laagdrempelige diensten moeten een grotere vraag om hulp beantwoorden en worden geconfronteerd met situaties die tijd vragen. Het evenwicht behouden tussen

lagedrempeltoegang en een hoge therapeutische ambitie vraagt vanwege de diensten veel flexibiliteit en intensiteit bij hun werk. Deze toestand zal echter moeilijk kunnen behouden blijven als er in de toekomst geen middelen worden gevonden om de gelederen te versterken.

2. De laagdrempelige drughulpverlening in cijfers: de stroom van patiënten, de consultaties, het profiel van het publiek

Als illustratie van de activiteit van de lagedrempelsector in Brussel is het interessant om enkele aspecten ervan te belichten en te becommentariëren. De laatste jaren stegen de verzoeken voor opvang bij MASS/MSOC, Lama-project en Transit aanzienlijk en werden de situaties van de patiënten en gebruikers steeds complexer en gekenmerkt door het sociale en psychische aspect, vooral inzake de voorwaarden voor toegang tot gezondheidszorg.

In 2012 wendden zich meer dan 2068 gebruikers tot de instellingen in de laagdrempelige drughulpverlening.

Talrijke patiënten bevinden zich in een situatie van uitsluiting of niet-verzekeraarbaarheid. Ongeveer 70% is verzekerd. Van de 30% anderen zullen sommigen kunnen terugkeren naar het verzekeringssysteem tijdens de behandeling, maar de anderen zullen andere hulpkanalen moeten zien te vinden, zoals een aanvraag bij het OCMW of dringende medische hulpverlening. Dit werk van openen van rechten en het trachten behouden van sociale zekerheid is de kernbezigheid van de sociale diensten. Inderdaad, bij een opname is het percentage patiënten dat niet in regel is met de verzekering, enorm groot. Het opnieuw administratief in orde brengen moet ervoor zorgen dat iemand weer toegang krijgt tot alle zorgdiensten. Dit werk van heraansluiting is kolossaal, want bij het begin van het jaar moet bijna de helft van de patiënten heraan- gesloten worden als gevolg van het verouderd zijn van hun situatie. Een groot aantal patiënten beschikt ook niet over de nodige sociale steun om stabiele levensvoorwaarden te garanderen die kunnen helpen bij het stoppen of verminderen van het druggebruik. Deze patiënten die verzwakt zijn door een problematisch gebruik krijgen het dikwijls nog moeilijker als gevolg van de verwachtingen van een sociaal systeem dat steeds meer controleert en uitsluit. Voor velen onder hen betreft het een ervaring van sociale stagnatie en, in de plaats van opbouwende vooruitzichten, het opbouwen van een overlevingsstrategie.

De problematiek inzake het bekomen van een logies staat centraal, zoals de 7165 overnachtingen aantonen die Transit in 2012 heeft aangeboden. Het zijn niet de beperkte mogelijkheden van de appartementen van HESTIA (6 appartementen) of de projecten van Housing First (5 logementen) die het tekort zullen opvullen, ook al zijn de aangeboden modelwoningen broodnodig en zullen ze zich nog ontwikkelen en diversifiëren. De rest van de opvangsector is trouwens ook volledig door andere hulpzoekers verzadigd. Velen van onze gebruikers slapen regelmatig op straat, soms gedurende vele achtereenvolgende maanden.

In 2012 hebben de drie instellingen (MASS/MSOC, Lama-project en vzw Transit) 77.509 consultaties georganiseerd voor 80,87 voltijds equivalenten. Dat illustreert het grote aandeel consultaties dat de diensten moeten verzorgen. Deze stroom patiënten, met hun verwachting qua opvang, zorgt voor een spanningsveld tussen enerzijds toegankelijkheid en anderzijds de zwaarte van het werk.

De laatste jaren werden ook gekenmerkt door het zich aandienen van nieuwe bevolkingsgroepen. Die komen uit Centraal-Europa en het Oosten, maar ook uit andere landen waaruit migratiegolven komen als gevolg van de mondialisering.

Onder deze migranten bevinden zich arbeiders zonder rechten of inkomsten, behalve dan uit zwartwerk, in de bouwsector, de horeca of reissector. Zij beschrijven leefomstandigheden vergelijkbaar met die van een nieuwe vorm van stedelijk lompoproletariaat. Recente studies zoals deze van het 'project Riboutique'⁸⁸ tonen aan dat er veel gebruikers zijn die geen contact hebben met zorginstellingen.

Gebruikers die geen of maar weinig contact hebben met het zorgsysteem, hebben dikwijls hun gebruikspatroon niet gewijzigd of verminderd met het oog op risicobeperking. Hepatitis C komt bij deze mensen veel voor, maar ook bij de meeste druggebruikers. De programma's van preventie, behandeling en begeleiding zijn in talrijke landen van oorsprong onderbemand of niet bestaande. Volgens een recente studie van KCE gaat het in 80% van de nieuwe gevallen van hepatitis C infectie om druggebruikers. Bij onze gebruikers is dat gemiddeld 45% van de onderzochte gebruikers.

Deze meer dan alarmerende vaststellingen tonen de noodzaak aan van een betere structuur van de toegang tot de gezondheidszorg voor al deze gebruikers. Deze patiënten zouden zich gemakkelijker moeten kunnen inschrijven in de bestaande zorgcircuits. Het is natuurlijk een belangrijke uitdaging inzake volksgezondheid met de drughulpverleningsector als hoofdrolspeler.

88 H. MIMOUNI, M. KIRZIN en E. HUSSON, 'Project Riboutique, met de steun van het Federaal Fonds ter bestrijding van de verslavingen', Brussel, 2012.

Het bereiken van een risicobeperking komt natuurlijk op de eerste plaats en het probleem van een soepeler toegang tot steriel materiaal moet kunnen worden besproken bij de ambulante diensten. Dat zijn inderdaad strategische plaatsen om strategieën uit te werken en af te toetsen in een combinatie van zorg en een veel grotere risicovermindering.⁸⁹ De verdeelpunten, zoals DUNE en LAIRR, die per jaar 12.234 injectiespuiten verdelen onder 301 gebruikers, blijven belangrijke schakels in dit opzicht.

3. De klinische aanpak in een laagdrempelige drughulpverlening, een illustratie aan de hand van drie zorgtrajecten

Het leek ons nuttig om door middel van illustraties de situaties te schetsen van patiënten ten overstaan van de problemen inzake toegang tot gezondheidszorg. De drie beschreven situaties hernemen de reeds hoger weergegeven elementen. We zullen verder die categorieën van uitsluiting trachten weer te geven die specifiek zijn voor druggebruikers.

Vignette: Fatima

Fatima is een vrouw van ongeveer 50 jaar. Zij wordt in MASS sedert meer dan dertien jaar al gevolgd. Bij de diverse hulpverleners werd zij steeds, ondanks het sedert jaren leven op straat, gezien als een knappe vrouw, als iemand met intellectuele mogelijkheden en een duidelijk besef van haar sociale toestand. Zij lijkt echter ook psychisch te lijden doordat ze zich van de maatschappij uitgesloten voelt. Na enige ontmoetingen onthult Fatima haar chaotische levenswandel. Zij beleefde een jeugd die werd gekenmerkt door het overlijden van haar ouders en de zelfmoord van een van haar broers, en door het verlaten van haar land van oorsprong, Marokko. Als gevolg van deze plotse veranderingen in een reeds armoedig sociaal milieu zocht Fatima een bestaan vol risico's. Op haar vijftiende begon ze heroïne te spuiten. De eerste verslaving aan opiaten werd vlug opgevolgd door een ongecontroleerd en veelvuldig gebruik van cocaïne, benzodiazepines en alcohol. Zij belandde in de gevangenis, waar ze zeven jaar vertoefde als gevolg van drie veroordelingen wegens veelvuldige kleinere misdrijven. Bij de geboorte van haar dochtertje besloot ze hulp te zoeken. Het is dan dat wij haar de eerste keer ontmoetten. Op dat ogenblik werkte Fatima als huishoudhulp en had ze (ondanks haar gebruik) een vergunning voor onbepakt verblijf en was ze in regel met de mutualiteit. Er werd toen begonnen met een behandeling met een vervangmiddel voor heroïne.

89 S.GERKENS, N.MARTIN, N.THIRY en F.HULSTRAET, *Hepatitis C: Opsporingen Preventie. Health Technology Assessment (HTA)*, Brussels Health Care Knowledge Centre (KCE), 2012, KCE Reports 173 B. D/2012/10.273/05.

In de loop van deze begeleiding werden de hulpverleners van Fatima getuige van een zich opstapelend verlies van alle sociale steunelementen (werk, verblijfsvergunning, huisvesting, mutualiteit, recht op leefloon, enz.). Dit uitsluitingsparcours, dat nog werd verergerd door haar gebruik, isoleerde haar steeds meer van de samenleving, die zij beleefde als uitsluitend, bureaucratisch, zelfs verdrukkend. Zij leefde een tiental jaar afwisselend op straat, in krotwoningen, kraakpanden, hulpcentra, het OCMW, enz., waarbij ze een bijzondere band opbouwde met MASS. Tijdens deze periode werd ze ook geconfronteerd met diverse problemen als gevolg van het leven op straat: herhaalde agressie en verkrachtingen, die haar in combinatie met haar gevoel van sociale uitsluiting brachten tot een aftakeling van haar psychische toestand. Dat werd gekenmerkt door een gevoel van persecutie met zowel agressieve als depressieve periodes, die werden verzacht door massaal gebruik van psychotrope stoffen en alcohol. Deze belevingen kwamen regelmatig boven in Fatima's relatie met haar hulpverleners. Zij gaf een zeer verwarde en chaotische indruk, maar was zich nog altijd bewust van de sociale factoren die tot deze blijvende strijd hadden geleid met een systeem dat ze afwees.

Fatima is ook goed gekend in het Transitcentrum dat ze sedert 2004 bezoekt. Fatima's problemen zijn complex en multifactorieel bepaald. Daardoor is het niet altijd eenvoudig om aangepaste oplossingen te vinden, onder meer voor haar psychische problemen, maar ook inzake huisvesting. Diverse keren brachten haar herstpogingen geen resultaten, meestal omdat ze niet in staat bleek te zijn om de werkwijze op te volgen en de regels van de instellingen die haar begeleidden, na te leven, of omdat de behandelingswijzen en -doelen ontoereikend waren voor haar manier van leven en haar toestand. In die zin hebben laagdrempelige instellingen zoals MASS en Transit een belangrijke rol gespeeld en dat is nog steeds het geval.

Het cumulatieve effect van sociale problematiek en psychisch lijden verhoogde nog in juli 2012 toen ze haar papieren verloor en ze ambtshalve werd geschrapt uit het bevolkingsregister. Ze verloor haar recht op leefloon en begon een lange, moeilijke tocht om haar rechten terug te krijgen. Haar hardnekkigheid en klare kijk, maar ook haar relatie met anderen hebben ertoe geleid dat Fatima een uitzonderingsmaatregel kon genieten vanwege het OCMW. De sociale steun werd behouden, ondanks het feit dat ze niet meer was ingeschreven in het bevolkingsregister. Hierdoor kon ze zich ook in regel stellen met de mutualiteit. Het is meer haar administratieve dan haar materiële toestand die haar zorgen baart. Sedertdien is er ook overleg met de hulpverleners om haar opnieuw een verblijfsvergunning trachten te bezorgen. Daartoe heeft ze een broer die in haar land is gebleven, gecontacteerd teneinde een uittreksel uit de geboorteakte te laten opsturen zodat ze via de Marokkaanse ambassade in België een Marokkaanse identiteitskaart en paspoort kan bekomen. Slechts dan zal ze een verblijfsvergunning kunnen verkrijgen.

De situatie blijft echter aanslepen, want haar broer leeft in Marokko ook in penibele omstandigheden, zodat het moeilijk is om de nodige formaliteiten te vervullen aangaande het uittreksel uit de geboorteakte. In België veroorzaakt de knoeiboel inzake haar verzekeraar bij Fatima angst, want niets blijkt stabiel te zijn, zodat ze met

het gevoel leeft dat alles van de ene op de andere dag kan instorten. Haar opvolging bij MASS blijft door deze administratieve onzekerheid getekend. Ze is beangstigd voor zichzelf en voor haar broer, die eveneens grote problemen kent op psychosociaal vlak, en heeft vervolgingsideeën en moeilijkheden om helder te denken, wat de opvolging van haar toestand nog bemoeilijkt. Ze komt op consultatie in een toestand van zware psychische en fysieke uitputting. Uiteindelijk ontvangt ze het uittreksel uit de geboortekte. Ze blijft echter vechten ... omdat ze niet wil dat haar dochter het beeld van haar zal overhouden 'van een moeder die aan haar eind kwam in een opvangcentrum voor daklozen.'

De chaotische toestand waarin Fatima verkeert, weerspiegelt zich in de wijze waarop ze gebruikmaakt van het hulpnetwerk. De aanvankelijk veelvuldige tussenkomsten van de hulpverleners zijn verminderd omdat Fatima niet in staat is om een structuur en regels te respecteren en ook omwille van de complexiteit van haar sociale situatie. Het zijn dus de laagdrempelige instellingen die haar enige steunpunten zijn, omdat die zich bezighouden met alle moeilijkheden die eigen zijn aan de leefwijze van Fatima.

Door de illustratie van de problematiek die Fatima ondervond, werd het onderling verband duidelijk tussen haar geestelijke toestand, de sociale problemen en de moeilijkheden om gezondheidszorg te verkrijgen. De 'dubbele diagnose' van Fatima maakt haar sociale regularisatie zeer complex, waardoor die vooral afhangt van het knutselwerk en de goede wil van de hulpverleners.

Vignette: Anne

Anne is een Belgische vrouw afkomstig uit de streek van Charleroi. Zij komt naar MASS Brussel vijftien dagen na de officiële opening ervan. Op dat ogenblik zijn haar vier kinderen door de jeugdrechter geplaatst. Ze komt bij MASS hulp zoeken voor de problemen in verband met haar gebruik van psychotrope middelen. Achter de heroïne, de cocaïne, de kalmeermiddelen en benzodiazepines die ze regelmatig gebruikt, zit een sociaal ingewikkelde situatie verborgen die gerelateerd is aan een gecompliceerde marginale levenswandel. Anne heeft besloten om in Brussel te wonen en de streek van Charleroi en de mensen die ze er kende te ontvluchten. Ondanks vele jaren opvolging, is het momenteel nog steeds moeilijk om toegang te krijgen tot bepaalde passages uit haar leven.

Vrij vlug blijkt dat Anne zich uitermate afhankelijk opstelt ten overstaan van de hulpverleners. Ze zegt dat ze tot niets in staat is. Ze zoekt een toestand van volledige bijstandsverlening, waardoor er zich bij de hulpbieders verschillende reacties voordoen. Sommigen zullen pogen om over deze ogenschijnlijke 'afhankelijkheid' heen te stappen en trachten de complexiteit van de situatie aan te pakken. Ze zien in dat Anne deze manier om met anderen om te gaan, heeft ontwikkeld als antwoord op een mix van maatschappelijke factoren en persoonlijke problemen. Anderen willen verandering teweegbrengen voor Anne. Ze denken haar uit haar passiviteit te kunnen halen door haar te helpen omgaan met allerlei taken en moeilijkheden. Deze laatsten botsen echter op de manifeste immobiliteit van Anne, geraken het beu en investeren op de duur niet meer in de relatie.

Voor Anne heeft dat concrete gevolgen op haar dagelijkse leven. Ze vindt moeilijk een structuur of een schema voor het onderhouden van klassieke sociale contacten – afspraken nakomen, de nodige stappen zetten – wat een reeks moeilijkheden teweegbrengt, meer bepaald in de relatie met haar sociaal assistent bij het OCMW. Anne heeft nochtans een korte periode gehad waarin ze werkte, met iemand als koppel samenwoonde en huisvesting had. Maar toen deze basisstructuur is beginnen wankelen, is ze afgegleden naar een toestand van sociale uitsluiting. Ze vertoeft veelal op straat en slaapt vooral bij het opvangcentrum voor daklozen. Tijdens haar dooltocht hebben we haar in een klein appartement kunnen onderbrengen. Deze ervaring leidde echter tot mislukking omwille van het psychisch onvermogen van Anne om de woning wat in te richten. Het was voor haar op dat ogenblik niet mogelijk om voor de woning te zorgen omdat het al moeilijk genoeg was om voor zichzelf te zorgen. De moedeloosheid van Anne ging gepaard met ernstige lichamelijke klachten, zodat een re-integratie via werk of opleiding werd bemoeilijkt. Sommige dagen leek ze nog nauwelijks te bewegen. De klassieke hefboomen die sociaal werkers vaak hanteren, bleken dus ruimschoots achterhaald. Als gevolg van deze vaststelling hebben de sociaal werkers een systeem moeten uitwerken van specifieke en soepele hulpverlening teneinde Anne in staat te stellen zich op administratief vlak in regel te stellen. Ze had een schuld opgebouwd van 600 euro achterstallige bijdragen. Als die schuld niet werd betaald, kon ze niet meer verzekerd worden. Hoewel ze dat geld had, weigerde ze categoriek om deze som uit te geven om zich in regel te stellen. Het bleek immers voor haar geen zin te hebben omdat ze op dat ogenblik op straat leefde. Het geld dat ze met beetje had gespaard, bestemde ze voor het betalen van een huurwaarborg. De pogingen die haar arts ondernam om haar gezondheid weer op peil te brengen, lukten niet omdat ze niet in regel was met de mutualiteit.

Het is dankzij inspanningen van een heel netwerk, het opzetten van een systeem, veel denkwerk en geduld dat de schulden met de mutualiteit uiteindelijk konden worden geregeld. Nochtans doet het probleem van betalen van de mutualiteitsbijdragen zich elk jaar opnieuw voor. Bij wijze van voorbeeld: in 2012 heeft de regeling van haar mutualiteitsproblemen 11 maand geduurd. Vanaf dan had ze weer recht op terugbetaling van medische kosten.

Annes geval illustreert in welke mate de klassieke werktuigen van een sociaal werker (het vinden van werk, huisvesting) totaal achterhaald blijken te zijn als garantie voor het bekomen van sociale rechten. In dergelijke context wordt sociaal werk een dagelijkse zoektocht naar middelen voor begeleiding. De wereld van Anne is die van sociale uitsluiting en zij is slechts een onbeweeglijk stukje, zonder enige actiemogelijkheid in het heden of in de toekomst.

Zodoende hebben begrippen als verzekeraarheid en toegang tot gezondheidszorg voor haar weinig betekenis. De kloof tussen haar beleving van uitsluiting en de administratieve verplichtingen noodzaakt de sociaal werkers om steeds ingewikkelder oplossingen te vinden teneinde deze twee werelden op elkaar af te stemmen.

Vignet: H      , Thomas en hun kind van 5 jaar

Thomas en H       zijn Hongaren en respectievelijk 33 en 26 jaar oud. Ze hebben een kind van 5 jaar.

Ze zijn naar ons centrum gekomen in april 2012 voor medische verzorging (substitutiebehandeling en algemene verzorging) en hulp bij het zoeken naar een appartement. Omdat ze Europeanen zijn, ondervinden ze vrij vlug talrijke problemen.

In de eerste plaats zijn er voor de familie hinderpalen om toegang tot de gezondheidszorg te bekomen, zoals het verkrijgen van een medische kaart. Het Europees wettelijk kader laat een mobiliteit van personen toe op het grondgebied, op voorwaarde dat ze er werken. Omdat Thomas en H       niet werken, is er geen sociale opening mogelijk, zelfs niet via internationale ziekteverdragen.

Wij besluiten ze naar het OCMW door te verwijzen, dat zich echter onbevoegd verklaart omwille van hun statuut. Het OCMW weigert categoriek dringende medische hulp te verlenen onder voorwendsel van de beperkende richtlijnen ten overstaan van Europese bevolkingsgroepen.

Parallel met het probleem van verzorging dient zich vrij vlug ook het probleem van het vinden van een logies aan. Omdat Thomas en H       geen inkomsten hebben (salaris, sociale uitkering, werkloosheidsuitkering, ...), hebben ze geen toegang tot een opvangtehuis. Omdat het OCMW zich niet wettelijk verantwoordelijk acht, verwijzen wij ze ten slotte naar Fedasil. Na de aanvraag te hebben bestudeerd, laat Fedasil aan de familie weten dat ook zij niet bevoegd zijn, gelet op hun Europees statuut.

Sedert hun aankomst hier is het een en al improvisatie. Ze slapen in een kraakpand op de grond en af en toe eens bij 'vrienden'. Om zich te voeden en hun behandelingen te kunnen betalen, gaan ze bedelen. Momenteel verkeert de familie in complete ontredde      , maar ze hebben toch beslist om beroep aan te tekenen tegen de beslissing van Fedasil voor de rechtbank.

Samengevat, elke Europese persoon die zich op Belgisch grondgebied bevindt, heeft geen recht op financi       of medische hulp en is dus volledig machteloos tegenover fysiek of psychisch leed. Het momenteel uitgebouwde systeem verplicht personen om clandestien te leven zonder toegang tot ons systeem van gezondheidszorg.

4. De gebruikers van lagedrempelige voorzieningen en de diverse categorieën van uitsluiting

In de weergegeven illustraties van praktische situaties zijn er bij de patiënten en gebruikers die de laagdrempelige structuren bezoeken, talrijke vormen van uitsluiting. De sociale positie van gebruikers heeft de neiging te evolueren tussen het beeld van een crimineel en dat van een zieke, en geraakt niet makkelijk af van een aantal stigmatiserende en weinig benijdenswaardige stereotiepe kenmerken. De drugverslaafde blijft een sociaal ontwaarde figuur die steeds weer wordt afgewezen door de heersende normen en moraal in vele democratische samenlevingen.

Bij deze vorm van afwijking voegen zich andere problemen die de druggebruikers dikwijls nog kwetsbaarder maken in hun spiraal van uitsluiting en sociale declassering.

De exitwegen uit drugverslaving lijken alsmaar kleiner te worden. De ongelijkheid neemt toe tussen degenen die veerkrachtig genoeg blijken te zijn en hen die geen weg vinden naar een geheel van sociale determinanten voor een betere toekomst

Deze laatste gebruikers vinden bij onze diensten steun, bij hun pogingen om zich opnieuw aan te sluiten en vaste voet te vinden in de sociale leefwereld, of om een min of meer vreedzame relatie aan te gaan met anderen. De af te leggen weg is echter lang, zoals de niet onbelangrijke groep van langdurig opgenomen patiënten getuigt.

Er zijn daar verscheidene redenen voor: sommige gebruikers zijn gebroken en komen psychisch ontredderd bij ons aan na een extreem levensparcours. Dikwijls moeten geneesmiddelen/drugs worden ingeschakeld om het ondraaglijke trachten te verhelpen. Bij ons publiek zijn psychische gezondheidsproblemen zeer frequent en zijn er vele patiënten met een dubbele diagnose. Deze psychopathologische dimensie vraagt dikwijls intense arbeid tijdens de periodes van onevenwicht. Momenteel is het moeilijk om een patiënt te hospitaliseren. De wachtlijsten zijn lang, de verblijven dikwijls te kort om een duurzaam revalidatieproject te kunnen opzetten.

De Hervorming 107 blijkt momenteel geen mogelijkheden te bieden voor opnames voor de meest uitgesloten en de meest gemarginaliseerden van onze patiënten. De omzetting van ziekenhuisbedden in hulpdiensten thuis werkt niet voor degenen die op de dool zijn, op straat leven, zich bevinden buiten

het zorgcircuit of niet de voorwaarden vervullen om tot dat circuit toegelaten te worden. Het is nuttig om de toegankelijkheid te verbeteren tot structuren die personen opvangen met bijkomende stoornissen, en tot Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG). Het is nodig onze inrichtingen verder uit te bouwen om personen met dubbeldiagnose te kunnen opvangen (40% zijn psychotische patiënten⁹⁰). Een studie van 2007 door artsen van de MASS/MSOC Brussel toonde aan dat 50% van hun patiënten psychiatrische comorbiditeit vertoonde.⁹¹

De vooruitzichten om weer professioneel ingeschakeld te worden, worden getemperd door de zwaarte en de traagheid van de juridische procedures om blanco getuigschriften voor goed gedrag en zeden te verkrijgen die noodzakelijk zijn om een betrekking te vinden.

Immers, een deel van de druggebruikers die wij in de laagdrempelige centra ontmoeten, zijn ex-gedetineerden. Meestal gaat het om misdrijven die gerelateerd zijn aan armoede en het gebruik van verdovende middelen. Ongeveer 60% van de Belgische gedetineerden⁹² vertonen een druggebruik in 2008.

Het probleem van de toegang tot gezondheidszorg en vervangingsbehandelingen in de gevangenis is dus enorm, evenals dat van de continuïteit van verzorging bij het binnenkomen of verlaten van een gevangenis.

Als gevolg van de gedachtewisselingen binnen de gezondheidswerkgroepen uitgaande van de CAAP⁹³ over de vraag naar de continuïteit van de verzorging van een gedetineerde die de gevangenis verlaat, hebben de federale autoriteiten het initiatief genomen tot het samenbrengen van de directies van de gevangenis van Berkendael en Sint-Gillis met vertegenwoordigers van de vzw Transit.

90 Europees Controlecentrum voor drugs en drugsverslaving, T. RHODES en D. HEDRICH (eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Wetenschappelijke monografie Nr. 10 van het Europees Observatorium voor drugs en drugsverslaving, Luxemburg, Publicatiebureau van de Europese Unie, 2010. Beschikbaar in het Engels op <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs>. Deze monografie werd gepubliceerd kort voor een internationaal congres over het thema (<http://www.ihra.net/Liverpool/Home>).

91 R. VERHEUL, 'Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders', *European Psychiatry* 2001, 16, 274-82.

92 Mass Brussel, 'Prevalentiestudie naar de psychiatrische comorbiditeit van patiënten van het Mass', 2007.

93 Modus Vivendi en Federale Overheidsdienst Justitie, 'Druggebruik in de Belgische gevangenis: monitoring van de gezondheidsrisico's', 2008.

Na deze ontmoetingen werd overeengekomen dat we op basis van een betere informatie-uitwisseling tussen de diensten van getuigenissen/getuigschriften via fax de samenwerking zouden kunnen verbeteren, zodat vrijgelaten gedetineerden van die gevangenen die bij hun vrijlating naar Transit komen, hun substitutiebehandeling gedurende 72 uur zouden kunnen voortzetten.

De gedetineerde moet vooraf zijn akkoord betuigen op een typedocument waaruit blijkt dat we mogen communiceren tussen de verpleegdiensten onderling over zijn medicatie. Het document wordt ondertekend door de gedetineerde, maar niemand wordt daartoe verplicht. De instemming van betrokkene is noodzakelijk teneinde het beroepsgeheim niet te schenden.

Het verblijfsstatuut van sommige van onze gebruikers, zoals we illustreerden in het geval van Fatima en van het gezin van Thomas en Hélène, is eveneens een factor van uitsluiting uit het verzorgingscircuit in zijn geheel. Talrijke patiënten, zoals hoger beschreven in het Groenboek, hebben inderdaad niet dezelfde economische en sociale rechten.

Het soort middel dat wordt gebruikt, vormt ook een probleem inzake toegang tot verzorging. Terwijl we reeds goed het fenomeen kennen van combigebruik tijdens de laatste jaren, worden we momenteel door talrijke personen gecontacteerd met een afhankelijkheid van benzodiazepines. Deze patiënten vinden moeilijk toegang tot de traditionele zorgcircuits of gespecialiseerde geestelijke gezondheidscentra. Sommige van deze molecules worden niet voorgeschreven in de gespecialiseerde centra voor drugverslaafden. Hiervoor worden heel wat rechtvaardigingen aangevoerd, maar toch is het zo dat deze gebruikers in een uitsluitingssituatie op dit ogenblik geen goede opvangmogelijkheden hebben en dikwijls in de problemen blijven vertoeven.

5. Goede praktijken en vooruitzichten

5.1 *Het bestaande beschermen en de inrichtingen versterken*

We stellen in dit Groenboek vast dat vandaag, zelfs in dit land waar de sociale zekerheid nochtans nog zeer goed uitgebouwd is, een steeds groter wordende groep de minimale vereisten niet meer vervult voor toegang tot de klassieke diensten voor basisgezondheidszorg. Die behoort tot het specifiek domein van de huisarts, die de aangewezen persoon is om een globaal beeld van de patiënt te vormen en de respons op zijn of haar noden kan coördineren in het kader van het gezondheidssysteem. Wij verdedigen dan ook de stelling dat

er bijkomende inrichtingen moeten tot stand worden gebracht die minimaal aan drie doelstellingen moeten beantwoorden:

- 1) de patiënten recupereren die door de mazen van het net van een 'sociale zekerheid voor iedereen' geglipt zijn;
- 2) de huisartsen ontlasten van patiënten die een grote complexiteit vertonen; weliswaar een complexiteit in termen van algemene noden, die men kan aanpakken in de leefomgeving van de persoon (wel te onderscheiden van gevallen waar een gespecialiseerde tussenkomst wordt gevraagd omwille van technologische redenen of verzorgingsmilieu);
- 3) de capaciteit van het zorgsysteem handhaven teneinde – in het belang van de openbare gezondheid, d.w.z. ten bate van ons allen – de gehele bevolking te kunnen bereiken.

Het is markant te moeten vaststellen dat dergelijke inrichtingen zich door de tijd heen reeds spontaan hebben ontwikkeld, maar dat ze momenteel paradoxaal genoeg worden bedreigd door bepalingen die de bedoeling hebben om hun specificiteit toe te kennen aan de algemene geneeskunde⁹⁴! Het wordt tijd om deze instellingen in een globale geprogrammeerde visie te integreren en dus om hun capaciteit te behouden door dokters aan te trekken en aan sommigen onder hen de gelegenheid te bieden zich daar helemaal in te werken zonder het risico te lopen om hun vergunning te verliezen!

Bij die specifieke problemen komt daar momenteel nog de onzekerheid bij als gevolg van de zesde staatshervorming. Hele luiken van de sociale zekerheid zullen door de federale overheid worden overgeheveld naar de gewesten. Praktische overeenkomsten inzake revalidatie worden gewestelijk en daarbij zijn centrale actoren betrokken... Deze omslag die een herstructurering teweegbrengt van het bestaande aanbod, betekent een breuk met het stabiele model van verzekerde sociale zekerheid, gebaseerd op persoonlijke solidariteit die de basis uitmaakte van alle met het RIZIV afgesloten revalidatieovereenkomsten. Momenteel zijn er geen duidelijke perspectieven betreffende deze materie, zodat het werk van de diverse teams onzeker en bedreigd wordt.

5.2 Werken in een netwerk

Sedert 2010 hebben MASS, het Lama-project en Transit het 'Overlegplatform laagdrempelige drughulpverlening' opgericht. Deze vorm van samenwerking

⁹⁴ CAAP, *Concertation des Associations Actives en Prison* (overleg van verenigingen actief in de gevangenis).

heeft tot doel het verenigen van instellingen rond een gemeenschappelijke inzet, maar biedt tevens een kader en een ruimte om netwerking te stimuleren. Het netwerk biedt volgens ons in deze crisistijd een veelvoud van steunpunten voor de gebruikers. Mits een goede organisatie en coördinatie kan er op deze wijze een beetje sociale bescherming worden geboden daar waar er nog maar weinig sociale banden zijn.

Het werk van de vereniging heeft tot doel een dynamiek en synergie te bereiken, zodat de werklast wat kan verminderen en de begeleiding geoptimaliseerd kan worden. De verzorging in een netwerk is echter niet dezelfde voor sommige van onze gebruikers: sommigen komen niet in aanmerking voor vrije circulatie in een vertakt zorgnetwerk.⁹⁵

De vereniging werd gedurende twee jaar met eigen fondsen gefinancierd, maar behoort momenteel tot de taken van 'Liaison des Antennes' van het Lama-project. Netwerking blijkt een noodzaak en een kwaliteitsindicator voor de dienstverlening te zijn. Het is dus meer dan tijd dat de overheid de instellingen van de nodige middelen voorziet die een operationeel netwerkbeleid mogelijk maken op gebied van volksgezondheid en harm reduction.

5.3 Nieuwe instellingen bedenken, de sociale innovatie ondersteunen

Recente studies en onderzoeken die werden verricht in samenwerking met SMES⁹⁶, Modus Vivendi, Fedito, ... tonen aan welke noden van onze gebruikers nog niet worden ondervangen. Terwijl in vele landen inrichtingen bestaan zoals 'safe/supervised consumption rooms', blijft België wat achter, ook al worden sommige initiatieven ondersteund bij wijze van experiment. Wij zijn van mening dat we ons moeten voorzien van instellingen die de toegang tot verzorging vergemakkelijken en een publiek bereiken dat momenteel nog geen gebruik maakt van onze diensten. Het is daarom dat het 'Overlegplatform laagdrempelige drughulpverlening', Fedito Brussel en Modus Vivendi in 2013 het initiatief hebben genomen om een oproep te doen aan alle 'safe consumption rooms' in België.⁹⁷

95 Voornamelijk het ministerieel besluit van 1 maart 2010 betreffende de criteria voor de erkenning van huisartsen.

96 E. HUSSON, 'Dossier: Assuétudes: un cheminement singulier et complexe dans la cité "Discontinuité des soins et passage difficile d'une institution vers une autre: les usagers de drogues à l'épreuve de la saturation et des modalités d'inclusion du réseau"' in *Santé Conjuguée* januari-maart 2012, nr. 59.

97 Santé Mentale en Exclusion Sociale (geestelijke gezondheid en sociale uitsluiting) – België <http://www.smes.be/>.

We denken ook dat het opportuun is om nieuwe samenwerkingsmanieren en -praktijken te bedenken en te integreren. Zo zouden bij gebruikers met hepatitis C nieuwe en efficiëntere therapeutische modellen kunnen worden uitgetest, zoals de integratie van strategieën van zorg en die van harm reduction. Als voorbeeld kunnen we het voorbeeld aanhalen van het installeren van een mobiele spuitenruileenheden van Transit binnen in een gezondheidscentrum.

Wil de toegang tot verzorging mogelijk worden gemaakt, dan moet er vooral meer begeleiding zijn, zoals de PSB-net-studie aantoonde. Deze studie brengt 'outreaching'-strategieën op de voorgrond en beklemtoont de sleutelrol van de sociale begeleiders.⁹⁸ Deze sociale begeleiders, of ze nu behoren tot het hepatitis C-netwerk of afhangen van onze talrijke diensten, trachten de gebruikers in de stad te begeleiden, zodat zij kunnen genieten van hun sociale rechten en behoorlijk worden verzorgd. Inzake huisvesting engageren wij ons in de ontwikkeling van een 'Housing First'-initiatief⁹⁹, een nieuw project dat poogt de extreme gevallen op te vangen in een stabiel en duurzaam logement.¹⁰⁰

5.4 De sociale opneming van ons publiek

Daar verstrengde maatregelen¹⁰¹ het voortbestaan van sommige van onze diensten bedreigen en gelet op de sterke sociale achteruitgang van velen van onze gebruikers, lijkt het ons noodzakelijk om steeds meer van onze gestabiliseerde patiënten door te sturen naar de algemene gezondheidszorg, geestelijke gezondheidscentra, circuits van huisvesting en sociale en professionele herinschakeling.

Deze opvang heeft het momenteel moeilijk omdat de crisis vooral de armen en meest kwetsbaren raakt, maar ook de middenklasse, zodat er voor onze patiënten en gebruikers weinig mogelijkheid bestaat om in deze voorzieningen

98 Plateforme de Réduction des risques (platform voor risicobeperking) 'Oproep om de opening van gebruikersruimten in België te steunen', <http://reductiondesrisques.be/appele-scrim-belgique>.

99 A. SLIMBROECK, 'Actieonderzoek netwerk van psychosociale begeleiders: eindrapport', Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel-Hoofdstad en SMES-B, 2012. Beschikbaar op <http://www.smes.be>.

100 S. ALEXANDRE, 'In contact treden met de thuisloze: complexiteit en verstrengeling van de sociale en mentale precariteiten' in *Netwerk SMES-B, Uitwisselingstafel 2010* van het Netwerk SMES-B, 2013. Beschikbaar op www.smes.be.

101 L. MARTIN, 'Op weg naar een housing first programma in Brussel', SMES-B, 2011, <http://www.smes.be/que-disons-nous/recherches-publiees-par-le-smes-b>.

binnen te geraken omdat zij ook het gewicht van de sociale crisis beginnen te voelen.

Bruggen bouwen tussen de diverse diensten, perspectieven bieden en onze gebruikers de kans geven weer aan te knopen met ontwenningstrajecten... dat alles vraagt tijd en momenteel wordt die tijd bijna volledig besteed aan het uitwerken van overlevingsstrategieën.

De economische en sociale crisis heeft palliatieve vormen van sociaal werk ingevoerd die, als men niet oplet, een definitief karakter zullen verkrijgen.¹⁰² Voor sommigen, zoals we in dit hoofdstuk hebben gezien, is dat zeker al het geval, terwijl het voor anderen etappes zijn bij het nastreven van een ideaal van sociale emancipatie en hervorming, dat steeds de hoofdbetrachting moet blijven van onze actie, om zodoende trouw te blijven aan het model van 'een hulpverlening met laagdrempelige toegang, die evenwel hoge therapeutische ambities beoogt.'

102 EMCDDA, '2012 Annual report on the state of the drugs problem in Europe', Lissabon, november 2012.

C. Sekswerkers (m/v)

GHAPRO/ALIAS/ESPACE P/ PASOP

Abstract

Sekswerkers vormen een bijzondere risicogroep voor seksueel overdraagbare infecties. Daarom is het noodzakelijk hen te kunnen voorzien van specifieke informatie en adequate preventieve zorg, zoals het opsporen van soi's en het papillomavirus, het verstrekken van preventief materiaal (condooms, glijmiddelen), het vaccineren tegen hepatitis B enzovoort. Tal van factoren zorgen ervoor dat ze moeilijk toegang hebben tot de klassieke gezondheidszorg, bijvoorbeeld de angst voor stigmatisering door de maatschappij, de criminalisering van de prostitutie, de onverenigbaarheid van hun werkuren met die van de gezondheidsdiensten of het niet kennen van de bestaande structuren.

Om dit specifieke publiek te bereiken, is het van primordiaal belang dat de professionele zorgverstrekkers zich op de prostitutieplaatsen zelf begeven en aan de sekswerkers gratis diensten kunnen verlenen, in alle anonimiteit en op aangepaste tijdstippen (nachtwerk). Voor een goede begeleiding is vertrouwen nodig en mag er niet geoordeeld worden. Om deze kwaliteitscriteria na te leven, is het nodig een betoog te ontwikkelen dat een repressief beleid tegenover sekswerkers verhindert, dat het publiek bewustmaakt dat het een afwijzende houding moet vermijden, dat steunt op preventiecontactpunten onder professionele gezondheidswerkers en in de wereld van de commerciële seks, en uiteraard dat men zich naar de prostitutiezones zelf begeeft.

1. Prevalentie en incidentie van hiv en soi's

De doorsneebevolking beschouwt sekswerkers regelmatig als een homogene risicogroep voor het verspreiden van seksueel overdraagbare infecties (soi's). Maar in de meeste landen is de soi-overdracht van sekswerker op klant en van klant op privépartner nooit wetenschappelijk aangetoond (Day *et al.*, 1988; Waddell, 1996). Toch moet worden erkend dat in bepaalde ontwikkelingslanden prostitutie de belangrijkste wijze van overbrenging is van soi's.¹⁰³ Sekswerk is dus een activiteit die absoluut risico's op soi's inhoudt.¹⁰⁴

103 GHIMIRE *et al.*, 2011; COTÉ *et al.*, 2004; ASAMAOH-AdU *et al.*, 2001.

104 VAN NUNEN, GRYSSELS en VAN HAL, *Effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers*, Wilrijk, Universiteit Antwerpen, 2012.

Prostitutie wordt op veel manieren beoefend en wat soi's betreft, is ze dus gebonden aan uiteenlopende risico's, afhankelijk bijvoorbeeld van de plaatsen waar ze bedreven wordt (privéhuizen, cafés, raam, escorte, straat enzovoort), de leeftijd van de sekswerker of -werkster, zijn of haar seksuele oriëntatie (de risico's op overdracht van soi's en hiv variëren naargelang het soort seksuele contacten. Het risico op hiv is aanzienlijk groter bij anale contacten dan bij vaginale contacten), zijn of haar nationaliteit.

Een onderzoek over een periode van 16 maanden (1/9/2011 tot 31/12/2012) door Ghapro, Pasop, Alias en Espace P, uitgevoerd in opdracht van het RIZIV, levert de volgende resultaten op.

Dit onderzoek betreft 3817 sekswerkers in België, van wie de meerderheid vrouwen. De mannelijke sekswerkers zijn een moeilijker te bereiken groep (in dit onderzoek goed voor 5% van het totaal) vanwege de manier waarop mannenprostitutie verloopt. Mannelijke sekswerkers werken vaak in bars of in parken waar prostitutie discreter en minder zichtbaar is dan bijvoorbeeld bij raamprostituees, waardoor ze moeilijker herkenbaar en te contacteren zijn.

Ondanks regionale verschillen wat de vorm van het werk, de nationaliteit en dergelijke betreft, kunnen we stellen dat ongeveer ¼ van de sekswerkers de Belgische nationaliteit heeft. Ongeveer 50% is afkomstig uit een Europees land (voornamelijk Oost-Europa), de anderen komen van landen buiten Europa (Sub-Saharaans Afrika, Latijns-Amerika, Azië...).

Er bestaan geen precieze cijfers over de incidentie van soi's bij sekswerkers in België, behalve de gegevens verzameld door Ghapro, Pasop, Alias en Espace P bij personen die die verenigingen hebben bezocht.

Soi's*	Alias	Espace P	Ghapro	Pasop	Totaal
Hiv	0/14 (0%)	3/723 (0,4%)	6/1226 (0,5%)	4/1193 (0,3%)	13/3156 (0,4%)
Syfilis	1/17 (5,9%)	17/474 (3,6%)	11/1246 (0,9%)	3/1194 (0,2%)	32/2931 (1,1%)
Gonorroë	0/6 (0%)	5/323 (1,5%)	17/1216 (1,4%)	14/1159 (1,2%)	36/2714 (1,3%)
Chlamydia	1/16 (6,3%)	28/325 (8,6%)	118/1175 (10,0%)	95/1373 (6,9%)	242/2889 (8,4%)

* % = aantal positieve testen/aantal afgenomen testen.

Chlamydia is de meest voorkomende seksueel overdraagbare infectie (soi) bij sekswerkers. Die infectie bewijst dat er risico's werden genomen en moet aanzetten tot het opsporen van andere soi's. De resultaten laten echter niet toe de oorsprong van de infectie op te sporen. Voor vrouwelijke sekswerkers toont het incidentieonderzoek dat ze de neiging hebben om in hun privéleven veel minder voorbehoedmiddelen te gebruiken. Het is bijgevolg des te moeilijker om te achterhalen of de besmetting heeft plaatsgevonden tijdens een seksuele handeling tegen betaling of tijdens een contact in het privéleven.

Vaccinatie tegen hepatitis B is voor sekswerkers een belangrijke dienstverlening. Volgens de gegevens van het rapport voor het RIZIV komt ongeveer 60% van de nieuwe sekswerkers (1909 sekswerkers) in aanmerking voor vaccinatie. Gezien het internationale karakter van de doelgroep, is de follow-up van de vaccinaties belangrijk, want elk land heeft zijn eigen vaccinatieschema's en niet alle sekswerkers hebben een vaccinatie tegen hepatitis B gekregen.

Vandaag is er voor sekswerkers in geen enkele financiële tussenkomst voorzien voor de vaccinatie tegen het papillomavirus (HPV). HPV is verantwoordelijk voor baarmoederkanker bij vrouwen en anuskankers bij personen die seksuele contacten via de anus hebben gehad. Sekswerkers worden dus duidelijk aan dit virus blootgesteld. Sommige verenigingen bieden aan om een uitstrijkje te nemen bij vrouwen die zich bij hun diensten aanbieden. Voor mannen is er tot dusver nog geen enkele betrouwbare test beschikbaar. Door gebrek aan middelen kan geen van onze verenigingen een HPV-vaccinatie aanbieden.

België heeft net zoals de meerderheid van de Europese landen besloten jonge meisjes te vaccineren en het vaccin terug te betalen als ze jonger zijn dan achttien jaar. Oostenrijk vaccineert ook jongens¹⁰⁵. De gegrondheid om ook jongens te vaccineren, wordt momenteel onderzocht. Een Engels team heeft onlangs een studie gepubliceerd in het voordeel van vaccinatie tegen HPV bij MSM¹⁰⁶: die laatste zouden 15 maal meer kans hebben dan andere mannen om een anuskanker te krijgen die door HPV wordt overgebracht.¹⁰⁷

105 <http://www.vaxinfo.be/spip.php?rubrique35&lang=nl>, gepubliceerd op 23 april 2013, geraadpleegd op 17 september 2013.

106 MSM: mannen die seks hebben met mannen.

107 M. LAWTON, M. NATHAN en D. ASBOE, 'HPV vaccination to prevent anal cancer in men who have sex with men', *Sex Transm Infect* 2013, 89, 342-343 doi: 10.1136/sextrans-2013-051176.

2. Gezondheidsbewustmaking en risicogedrag

2.1 Het gebruik van voorbehoedmiddelen / het kennen van soi's

Volgens het 'Effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers'¹⁰⁸ worden voorbehoedmiddelen vaker gebruikt bij seksuele contacten langs vaginale weg dan bij contacten langs orale weg. De risico's op het overdragen van soi's verbonden aan vaginale penetratie lijken bij de meeste prostituees goed bekend, maar die verbonden aan fellatie en anale penetratie zijn dat veel minder (Espace P, o.c.), hoewel het risico verbonden aan anale penetratie aanzienlijk groter is.

Een ander recent effectonderzoek toont aan dat sekswerkers die contact hebben met organisaties zoals Ghapro, Pasop, Espace P, Alias... zich duidelijk onderscheiden van andere sekswerkers op het gebied van kennis, ingesteldheid en gedrag tegenover veilige seksuele relaties en seksueel overdraagbare infecties. Deze organisaties komen tegemoet aan de specifieke noden van de sekswerkers, noden waarop de gewone gezondheidsdiensten niet altijd een antwoord hebben. Dankzij het veldwerk op de plaatsen van prostitutie en het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de sekswerkers hebben deze verenigingen een aanpak die afgestemd is op de noden van elke sekswerker.

Daarbij wordt specifieke informatie verstrekt in verband met eventueel risicogedrag en wordt preventief materiaal (voorbehoedmiddelen, gel) verstrekt om het risico, verbonden aan hun prostitutiepraktijken, te verminderen.

Deze sekswerkers zijn beter geïnformeerd over de risico's van hun beroep en laten zich gemakkelijker op soi's testen.

De grote turn-over en de omvangrijke migratie van sekswerkers vereist dat er constant informatie over het risico op soi-besmettingen wordt verstrekt.

De medewerkers van de verenigingen moeten op de hoogte zijn van de laatste ontwikkelingen op het gebied van preventie en het terugdringen van de risico's verbonden aan soi's, teneinde sekswerkers correcte en begrijpelijke informatie te kunnen geven (bijvoorbeeld via vertalingen, afbeeldingen enzovoort...). De verenigingen verspreiden regelmatig folders voor sekswerkers, aangepast aan hun behoeften en makkelijk te begrijpen (pictogrammen, vertaling in het Bulgaars, Roemeens, Arabisch, Engels...).

108 VAN NUNEN *et al.*, 2012.

2.2 **Safe Sex Counseling, contraceptie/ongewenste zwangerschappen...**

Zoals we al aangegeven hebben, is het belangrijk sekswerkers blijvend te informeren over de risico's verbonden aan soi's en over het gebruik van voorbehoedsmiddelen. Organisaties die met sekswerkers werken, besteden veel tijd aan informatie, zowel mondeling als met behulp van folders, internetsites of specifieke afbeeldingen bestemd voor sekswerkers.

Bij vrouwelijke sekswerkers neemt informatie over het gebruik van een contraceptief middel om ongewenste zwangerschappen te voorkomen, een essentiële plaats in. Er zijn meerdere redenen waarom contraceptiva niet altijd of op een verkeerde manier worden gebruikt: taal, informatie die anders is in het land van herkomst, onderlinge uitwisseling van informatie tussen sekswerkers enzovoort...

De onderstaande resultaten zijn afkomstig uit het jaarrapport 2012 van Ghapro-Pasop en werden tijdens consulten verzameld.

- Ongeveer 2/5 van de sekswerkers (37%) gebruikt geen enkele vorm van contraceptie op regelmatige basis. Sommigen kennen wel de morning-afterpil of gebruiken een condoom, maar dit is geen juiste strategie.
- Van de sekswerkers die wel op regelmatige basis een contraceptief middel nemen, is de pil het meest gebruikt (57%). Een spiraaltje komt op de tweede plaats (14%), gevolgd door de patch en de vaginale ring.

2.3 **Het gebruik van verdovende middelen**

Een deel van de sekswerkers (m/v) gebruikt drugs (alcohol en benzodiazepinen inbegrepen) en dat gebruik stelt hen bloot aan risico's op infecties. Het gebruik van drugs is gerelateerd aan het nemen van risico's op het overbrengen van soi's en hiv. Het gebruik van niet-steriel injectiemateriaal of snuifproducten zoals cocaïne (het delen van snuifrietjes) houdt een risico in en kan leiden tot de overdracht van hiv en hepatitis C. Volgens het DRUSEB-onderzoek beweert 18,5% van de vrouwen (33% cocaïnegebruikers, 76% heroïnegebruikers) dat ze onder invloed van drugs soms, vaak of altijd onbeschermde contacten heeft (Onderzoeksproject DRUSEB, Prostitutie en drugs, Universiteit Gent, 2010).

Dit verhoogt het risico op de overdracht van alle soi's en van hiv.

2.4 Klanten

De gegevens van Espace P en de getuigenissen die de vereniging op het terrein zelf verzamelt, tonen dat de klanten steeds hogere eisen stellen in hun vraag naar risicovolle seksuele betrekkingen (meer vragen naar vaginale en anale penetratie, sadomasochistische betrekkingen, fellatie met klaarkomen, onbeschermd contacten enzovoort) in een context waar een zekere concurrentie tussen de sekswerkers bestaat.

Het effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers toont ook aan dat een groot deel van de klanten onbeschermd contacten vraagt.

Aantal sekswerkers dat de laatste drie maanden klanten heeft gehad die hebben gevraagd om geen condoom te gebruiken (*).

	Interventie- groep Ghapro (n=76)	Interventie- groep Pasop (n=74)	Controle- groep Limburg (n=61)	Controle- groep Vlaams- Brabant (n=33)	TOTAAL (n=244)
Aantal	93,4% (n=71)	93,2% (n=69)	93,4% (n=57)	84,8% (n=28)	92,2% (n=225)

(*) Van 4 respondenten ontbreken deze gegevens en voor 25 respondenten was deze vraag niet van toepassing (geen intieme contacten).

3. Lacunes en problemen

Er bestaan nog steeds veel taboes over sekswerk. Daarom is het voor sekswerkers moeilijker om gebruik te maken van de reguliere gezondheidszorg. Die diensten zijn immers nog doordrongen van de vooroordelen die de maatschappij ten opzichte van sekswerkers heeft. Talrijke sekswerkers hebben schrik om geconfronteerd te worden met negatieve sociale reacties of om gestigmatiseerd te worden door professionele hulpverleners uit de psycho-medisch-sociale sector bij wie ze op consult gaan. De criminalisering van prostitutieactiviteiten bemoeilijkt heel erg de toegang tot de beschikbare diensten. Om die reden leiden talrijke sekswerkers vaak een dubbelleven en doen ze enkel in hun privéleven, dat ze ver van hun beroepsleven willen houden, een beroep op een huisarts.

De werkomstandigheden hebben ook een invloed op de toegang tot de klassieke diensten voor geneeskundige verzorging, als gevolg van de werkuren

bijvoorbeeld, die niet altijd overeenstemmen met de openingsuren van de gewone diensten. Aan de ene kant hebben sekswerkers het moeilijk om zelf op zoek te gaan naar een oplossing voor hun gezondheidsproblemen vanwege hun ontoereikende kennis van bestaande structuren, angst voor stigmatisering of de onverenigbaarheid van de uren. Aan de andere kant wordt vanuit het klassieke aanbod weinig gedaan om deze groep te bereiken, noch op het gebied van communicatie, noch wat het promoten van activiteiten of het aanpassen van de openingsuren aan deze specifieke groep betreft. Om dit specifieke publiek toch te bereiken, begeven de medewerkers van de verenigingen zich meerdere keren per week naar de werkplek van de sekswerkers. Wanneer er een vertrouwensband is ontstaan, staat de deur open om de dienstverlening aan te bieden die eigen is aan elke vereniging. Om de drempel zo laag mogelijk te houden, opteren de vermelde organisaties voor een gratis en anonieme dienstverlening, op uren die aangepast zijn aan hun publiek (avond- en nachtwerk) en zonder er rekening mee te houden of de patiënt al dan niet bij een ziekenfonds is aangesloten.

Wanneer er buiten de permanenties, georganiseerd door de verenigingen, sociale of medische stappen moeten worden genomen (bijvoorbeeld in regel zijn met de mutualiteit, gespecialiseerde zorg voor hiv), is de aanwezigheid van een straathoekwerker geruststellend: hij is op de hoogte van het verleden en de situatie van de persoon en is beschikbaar om deskundige bijstand te verlenen. Indien nodig kan hij de professionele zorgverlener bijkomende informatie verschaffen. Door aanwezig te zijn, hoort hij dezelfde informatie als de persoon en kan hij zich ervan verzekeren dat deze alles goed heeft begrepen, in voorkomend geval kan hij de tijd nemen om alles nog eens rustig uit te leggen. Deze begeleiding is bedoeld om het vertrouwen van de persoon in zijn eigen capaciteiten te herstellen zodat hij later zelf de nodige stappen kan nemen. In het bijzonder voor mannelijke prostitués, transseksuelen en travestieten is een specifiek aanbod noodzakelijk om dit gemarginaliseerde publiek te bereiken en vervolgens te zorgen voor de discretie, het vertrouwen en het niet-oordelen die nodig zijn voor een goede begeleiding.

3.1 Toegang tot het klassieke gezondheidssysteem

Volgens een onderzoek gevoerd bij sekswerkers (m/v) kan 80% niet terecht bij een huisarts (of gynaecoloog) met problemen die verband houden met hun werk. Sekswerkers (m/v) die niet de Belgische nationaliteit hebben, zijn minder goed op de hoogte van de organisatie van het systeem van de gezondheidszorg.

Het ontbreken van de noodzakelijke documenten (van de mutualiteit bijvoorbeeld...) is nog een bijkomende belemmering voor de toegang tot zorgverlening.

Hoewel de meerderheid van deze sekswerkers zich in een verblijfssituatie bevindt die toelaat om een beroep te kunnen doen op 'Dringende Medische Hulp', zijn de administratieve barrières vaak zo groot dat ze er in de realiteit slechts heel weinig een beroep op doen. Zij die er wel gebruik van maken, stuiten op een gezondheidssysteem dat niet aangepast is aan hun manier van leven. Belgische sekswerkers (m/v) hebben soms ook af te rekenen met bepaalde struikelstenen die de toegang tot de gezondheidszorg afremmen, zoals administratieve en financiële problemen, en die voor vertraging in de zorgverstrekking zorgen.

Longe, beginnende sekswerkers lopen meer risico's om met soi's besmet te raken, omdat ze vaak niet voldoende voorbereid zijn op het uitoefenen van prostitutie en de risico's die daarmee gepaard gaan (ze zijn bereid om tegen een hogere prijs onbeschermd te betrekken te hebben, weten niet hoe ze moeten onderhandelen over het dragen van een condoom, zijn niet op de hoogte van de manieren waarop de diverse soi's worden overgedragen enzovoort). Vanwege de culturele verscheidenheid, de grote mobiliteit en de omvangrijke turn-over van de sekswerkers slagen professionele hulpverleners er niet in alle beginners in de seksindustrie te bereiken en deze laatsten krijgen niet altijd de steun en de informatie die ze nodig hebben.

3.2 Bijzondere kenmerken voor prostitutie bij mannen en transgenders

Het preventie- en begeleidingswerk van prostituerende mannen/transgenders is anders dan bij vrouwelijke sekswerkers omdat de organisatie van de mannenprostitutie nu eenmaal helemaal anders is dan die van de vrouwenprostitutie. Mannelijke prostitutie is onzichtbaar, ze gaat op in de gay party scene en in openbare plaatsen, zo discreet dat het maanden kan duren vooraleer men met mannelijke prostitués in contact kan komen.

Mannenprostitutie wordt door de mannelijke prostitués zelf vaak ontkend of met grote discretie bejegend vanwege het dubbele stigma dat erop rust (homoseksualiteit en prostitutie). Het is trouwens een heterogene en mobiele populatie, die weinig bekend is en waarvan de omvang moeilijk in te schatten is. Sommige mannelijke prostitués vereenzelvigen zich absoluut niet met homoseksuelen en beoefenen de prostitutie op openbare plaatsen die niks te maken hebben met de gay party scene. Het is dus veel moeilijker om het publiek van mannelijke prostitués te bereiken dan dat van vrouwelijke sekswerkers.

Transgenders vormen eveneens een groep met een verhoogd hiv-risico. Enerzijds houden anale seksuele contacten een hoger risico in op het overdragen van hiv (het risico op overdracht is gemiddeld 20 keer hoger dan bij vaginale contacten) en zijn het die contacten waarop sekswerkers het minste controle hebben wat het correcte gebruik van het condoom betreft. Anderzijds belemmert het sterke gevoel dat ze gestigmatiseerd zijn, hen de toegang voor het opsporen van soi's en hiv en de toegang tot zorgverlening. Straathoekwerk is dus van essentieel belang om in contact te komen met mannen en transgenders in de prostitutie, voor de opbouw van een vertrouwensband met hen, om te beginnen met preventiewerk i.v.m. seksuele gezondheid en de soi's en aids en hen vervolgens aan te zetten om zich te laten screenen. Straatwerk is een belangrijk voorbereidend werk, voor medische consulten voor het opsporen van soi's en aids.

3.3 Transgender female sexworkers

Onder de sekswerkers vragen de Male-to-Female (MTF) transgenders bijzondere aandacht. Uit vakliteratuur blijkt deze groep een bijzonder hoge hiv-prevalentie te hebben. Het Nederlandse onderzoek van VAN VEEN *et al.* (2010) wijst op een hiv-prevalentie van 18,8% bij deze sekswerkers, een percentage dat nog hoger ligt dan bij verslaafde sekswerkers (13,6%). Een meta-analyse van OPERARIO *et al.* in 14 landen wijst op een hiv-prevalentie van 27,3% bij MTF-transgendersekswerkers. Zoals ook in dat onderzoek gedaan is, ijveren wij voor een efficiënte en doelgerichte hiv-preventie, hiv-testen en tussenkomsten om de overdracht van hiv te verminderen en het screenen van soi's vlotter toegankelijk te maken.

3.4 Klanten

Wat de klanten betreft, hebben wij slechts weinig, om niet te zeggen geen enkele informatie, want wij werken in eerste instantie niet met hen. Toch kunnen we stellen dat het een erg heterogene groep is, met grote culturele verschillen. We weten ook dat klanten steeds meer vragen naar onbeschermd seksuele contacten. Bijgevolg zou het nuttig kunnen zijn ook de klanten informatie over hun seksuele gezondheid te verschaffen en concrete acties te plannen om de klant op zijn verantwoordelijkheid te wijzen.

3.5 De rol van de verenigingen

Om de kwaliteit van het werk met sekswerkers te ondersteunen, moeten de verenigingen bepaalde kwaliteitscriteria respecteren, zoals de noodzakelijke ontwikkeling van een betoog dat een repressief beleid tegenover straatpro-

tituees en klanten vermijdt, de noodzaak om de publieke opinie ervan bewust te maken dat een afwijzende en stigmatiserende houding moet worden vermeden; de noodzaak om te steunen op preventiecontactpunten bij professionele gezondheidswerkers, maar ook in de wereld van de commerciële seks; en uiteraard de noodzaak dat men zich naar de prostitutieplaatsen zelf kan begeven, om deze doelgroep die weinig in contact staat met de klassieke gezondheidsdiensten de hand te reiken, de mensen uit die doelgroep te raadplegen, hun behoeften te evalueren en hen te betrekken bij acties die hen aanbelangen.

3.6 *Het behoud van de Belgische veldwerkverenigingen die met professionele sekswerkers bezig zijn*

De sekswerkers die in contact komen met de veldwerkverenigingen, worden op individuele wijze geïnformeerd over de risico's die ze lopen en krijgen de mogelijkheid zich gratis en anoniem op soi's te laten testen. Beginnende sekswerkers worden zo snel mogelijk opgespoord, omdat zij het meeste risico lopen met een soi besmet te raken. Mannelijke sekswerkers, die moeilijker te bereiken zijn, worden benaderd en geïnformeerd dankzij actief en intensief buurtwerk. Het psycho-medisch-sociaal aanbod dat veldwerkverenigingen aan sekswerkers bieden, is volledig afgestemd op de werkelijkheid en de specifieke behoeften van deze laatsten, behoeften waarop het klassieke systeem van gezondheidszorg omwille van de bovengenoemde redenen geen antwoord kan bieden.

De verenigingen proberen sekswerkers op psychologisch, medisch en sociaal vlak te ondersteunen en trachten zoveel mogelijk zones in België te bestrijken. Daarom is het netwerken tussen de verenigingen van primordiaal belang. Het werken op het terrein en het beoogde publiek tegemoet treden is de successleutel om zoveel mogelijk personen te bereiken. Toch staat het vast dat momenteel door tal van redenen (de grote turn-over bij sekswerkers, mobiliteit, online werken, occasionele prostitutie, methodologie voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met het doelpubliek, wat vooral bij mannelijke prostitués veel tijd vergt...) veel sekswerkers niet door de veldwerkverenigingen worden bereikt. Het is erg belangrijk dat deze veldwerkverenigingen hun werk kunnen voortzetten en een gratis, anoniem en gemakkelijk toegankelijk aanbod kunnen verzekeren, waarbij ze op de prostitutieplaatsen contacten blijven leggen met het doelpubliek en online aanwezig blijven op sites voor seksontmoetingen... Deze verenigingen zijn gespecialiseerde centra op het gebied van de seksuele gezondheidszorg van de sekswerkers in België en het is uiterst belangrijk dat ze hun expertise kunnen blijven overdragen.

Toch zijn de verenigingen beperkt in het aanbod dat ze de sekswerkers kunnen bieden: het zorgaanbod is enkel beperkt tot de genomen risico's die aan prostitutie zijn verbonden. Indien nodig loodsen sommige verenigingen bepaalde personen het 'klassieke' gezondheidssysteem binnen, maar de barrières gelieerd aan stigma's en onverenigbaarheid tussen hun manier van leven, hun behoeften en de organisatie van het huidige gezondheidssysteem zijn duidelijk aanwezig en moeilijk te overbruggen.

3.7 Het huidige antwoord: organisaties die sekswerkers psychosociaal-medisch-sociale steun bieden

Vlaanderen

Ghapro vzw, vzw Pasop: bieden gezondheidszorg en sociale hulp aan sekswerkers (m/v) die in Vlaanderen actief zijn. Ze bieden screening aan op soi's en hiv, vaccinatie tegen hepatitis B, zowel op de werkplek als in de centra zelf. Deze verenigingen steken veel tijd in preventie via counseling, de ontwikkeling van preventiemateriaal enzovoort. Jaarlijks worden meer dan 2000 sekswerkers benaderd en de verenigingen verwachten dat dat cijfer in de toekomst nog zal oplopen. Er is dus onder de sekswerkers nog een belangrijk potentieel dat moet worden bereikt.

De verenigingen hebben een site ontwikkeld (www.infosexwork.be) met informatie gerelateerd aan preventie voor sekswerkers (m/v) die in België actief zijn. De site biedt informatie over soi's en de specifieke thematiek van sekswerk (wat te doen als een condoom scheurt, voorbehoedmiddelen, hygiëne, drugsgebruik...). Ook vindt men er links naar andere verenigingen (Ghapro, Espace P, Alias...) die werken met prostitués. In de toekomst is een verdere uitwerking van de website voorzien.

Boysproject: dit project is gericht op mannelijke prostitués en transgenders die geld verdienen met het aanbieden van seks. Hun acties berusten op drie pijlers: dagopvang, mobiliseringsactiviteiten (offline en online) en individuele begeleiding. Ze organiseren screenings op soi's en hiv in samenwerking met Ghapro en het Instituut voor Tropische Geneeskunde (speekseltest: Swab2Know). Online mobiliseringsactiviteiten op chatsites voor M\$M/MSM en op www.info4escorts.be. In 2012 werden meer dan 230 jongens (offline) en meer dan 300 profielen (online) via online chatsessies benaderd.

Basiszorg voor straatwerkers, Free clinic (Antwerpen) richt zich op verslaafde sekswerkers.

Wallonië en Brussel

Icar organiseert een preventieprogramma, spoort hiv en soi's op en zorgt voor psycho-medisch-sociale begeleiding van vrouwelijke en mannelijke prostituee(é)s in Luik.

Alias organiseert een preventieprogramma, spoort hiv en soi's op en zorgt voor psycho-medisch-sociale begeleiding van mannelijke prostitués, travestieten en transseksuelen in Brussel. Sinds de oprichting van de vereniging in 2009 heeft de ploeg van Alias contact gehad met meer dan 500 verschillende mannelijke prostitués in Brussel.

Espace P organiseert een preventieprogramma, spoort hiv en soi's op en zorgt voor psycho-medisch-sociale begeleiding van vrouwelijke, mannelijke en transseksuele prostitué(e)s in Brussel, Namen, Charleroi, Bergen, Luik en Aarlen.

Entre 2 organiseert een preventieprogramma, spoort hiv en soi's op en zorgt voor psycho-medisch-sociale begeleiding van vrouwelijke, transseksuele en travestietprostituée(e)s in Brussel en Charleroi.

Het Belgisch netwerk voor mannelijke prostitutie is sinds 2006 geëvolueerd omdat de doelgroep naar het internet is verhuisd (zie ook van Gelder/Lier 2009) en zich nu vooral richt op onlinewervingsactiviteiten. In 2011 heeft het BNMP, het 'Belgium Network Male Prostitution' dat de Belgische verenigingen groepeerd (Alias, Boysproject, Espace P, Icar...) die zich richten op de doelgroep van prostituerende mannen, travestieten en transgenders, de website www.info4escorts.be ontwikkeld. De site biedt meertalige (Roemeens, Bulgaars, Engels, Arabisch...) informatie die zich focust op wat escorts moeten weten over het bedrijven van prostitutie (informatie over soi's, hiv, nuttige adressen...) en biedt eveneens de mogelijkheid voor een individuele of collectieve online chat met ervaren werkers.

Vignet: Erdouan, 28 jaar

Erdouan is een Turkse man van 28 jaar. Hij is analfabeet en verblijft zonder papieren in België. Hij is sinds 8 jaar in België en heeft alle mogelijke procedures in gang gezet om zijn verblijf te regulariseren, zonder resultaat evenwel. Soms woont hij bij zijn familie, soms op straat, in sauna's, parken enzovoort.

Hij is actief in het prostitutiemilieu en prostitueert zich op regelmatige basis om in zijn financiële behoeften te voorzien. Ten overstaan van de werkers van Alias heeft hij dat lange tijd verzwegen, het onderwerp was taboe. Desondanks heeft hij in 2010 met de werkers van Alias bij het Elisa-centrum een aidstest laten doen, een test waaruit bleek dat hij seropositief was.

Sindsdien ondervindt Erdouan problemen om zich naar het Elisa-centrum te begeven. Sinds het nieuws van zijn seropositief zijn, is Erdouan met ons beginnen praten over zijn prostitutie. Dat heeft ons de kans gegeven met hem over zijn seksuele gezondheid te spreken en over de risico's die hij bij het prostitueren neemt.

Toen Erdouan vernam dat hij seropositief was, woonde hij bij zijn familie en kon hij dus dringende medische hulp vragen bij de gemeente Sint-Joost-ten-Node. Hij moest om de drie maanden de nodige bewijzen voorleggen om de dringende medische bijstand te verlengen.

De conflictrelatie met zijn familie en een opeenstapeling van schulden (deurwaarders aan de deur die ermee dreigden alles te verkopen) zorgden ervoor dat Erdouan op straat terechtkwam en door de gemeente uit het bevolkingsregister werd geschrapt.

Omdat Erdouan geen vaste verblijfplaats meer heeft, moet hij voor het bekomen van dringende medische hulp telkens weer een nieuwe aanvraag indienen, in functie van de gemeente waar hij zich op het moment van de aanvraag bevindt. Elke gemeente stelt haar eigen voorwaarden en het systeem voor dringende medische hulp wordt telkens anders in de praktijk gebracht. Erdouan begrijpt dat veel te ingewikkelde systeem niet. De te ondernemen stappen lijken hem te moeilijk. Afspreken met Erdouan is erg moeilijk.

Als gevolg van de prostitutie leidt hij een erg onregelmatig bestaan, vaak weet hij niet waar hij zich de dag erna zal bevinden. Hij verandert regelmatig van stad en zelfs van land. Momenteel zou hij graag enkele weken naar Parijs gaan om er als prostitué te werken. Dat heeft hij al meerdere malen gedaan, want volgens hem zijn daar meer klanten. Na enkele weken in het buitenland klopt Erdouan dan weer bij Alias aan en moet alles worden herbegonnen.

Erdouan leeft in het heden en probeert overlevingsstrategieën te bedenken. Hij kan het zich niet veroorloven over morgen of gisteren na te denken, want dat zou voor een te grote psychische druk zorgen.

OCMW's verwachten van de mensen dat ze op de afspraak verschijnen en dat ze telkens de nodige documenten en bewijzen verzamelen (zoals een bewijs dat de persoon wel degelijk verblijft op het grondgebied van het bevoegde OCMW). De mobiliteit van Erdouan speelt daarbij sterk in zijn nadeel.

Zelfs als Erdouan de gelegenheid krijgt om met enkele mensen van het OCMW over zijn prostitutieactiviteiten te praten, krijgt hij vooralsnog af te rekenen met vooroordelen zoals 'ze verdienen toch geld genoeg als ze zich prostitueren'.

Sinds zijn aankomst in België consulteert Erdouan een psycholoog. Hij voelt zich op zijn gemak bij haar en bevestigt dat hij door haar geholpen wordt. Hij spreekt met haar nooit over prostitutie en wil niet dat we met haar contact opnemen. Niemand in zijn omgeving (familie, hulpverlenende diensten (behalve Alias)...) is op de hoogte van zijn prostitutieactiviteiten. De laatste bloedanalyse van Erdouan is alweer acht maanden geleden.

Getuigenis: Saphia Mokrane, arts¹⁰⁹

In die tijd nam ik een wekelijkse medische permanentie waar bij een vereniging die mensen uit de prostitutie begeleidde. Op een dag maak ik er kennis met Camilla, een transseksuele patiënte uit Ecuador die zonder papieren in België verblijft. Ik ontmoet haar voor het bekendmaken van de resultaten van een bloedonderzoek dat enkele weken voordien door een collega is uitgevoerd. Camilla is seropositief voor hiv, maar wordt niet behandeld. De diagnose was twee jaar eerder in Parijs gesteld nadat bij haar tuberculose was vastgesteld. Ze was voor de tuberculose behandeld en had ook een behandeling voor hiv gekregen, maar die had ze stopgezet. Toen ze in Brussel aankwam, had ze geen medicijnen meer en had ze alle contact met haar vertrouwde dokter verloren. Ze vermoedt dat ze vermagerd is. Haar bloedwaarden wijzen op onvoldoende immuniteit die in de gaten moet worden gehouden. Die opvolging vereist in het bijzonder een trimestriële bloedtest en een radiografie van de thorax. Een vraag voor dringende medische hulp (DMH) wordt ingediend om die onderzoeken mogelijk te maken. Aan de andere kant vind ik het opvragen van haar medische dossier in Parijs prioritair.

De arts die haar in Parijs opvolgde, vertelt me hoe weinig meegaand ze is. Ze heeft haar behandeling al meerdere keren stopgezet en is inmiddels resistent tegen een hivremmer. De sociaal werkster legt me uit dat Camilla geen vaste woonplaats heeft. Ze slaapt bij de ene of de andere, naarmate de mogelijkheden zich aandienen. Dat compliceert haar aanvraag voor DMH, want die vereist een vaste verblijfplaats. Ze wil trouwens graag in België een regularisatieaanvraag indienen, maar ze heeft al stappen ondernomen in Parijs en niemand weet hoever dat dossier staat.

109 Fragment van S. MOKRANE uit 'Médecine et subjectivité: conclusions personnelles' in L. RAZEV en C. TILMAN-CABIAUX, *La médecine autrement! Pour une éthique de la subjectivité médicale*, Pun, 2011, 335-337.

Camilla drinkt regelmatig alcohol in het weekend (rum, whisky) en prostitueert zich. Omdat ze besmet is met hiv, hoopt ze op een regularisatie op medische basis. Ze leidt trouwens een bandeloos leven en heeft moeite om enige discipline aan de dag te leggen. In het begin kwam Camilla alle 4 tot 5 maanden in plaats van de voorgeschreven 3 maanden. Haar klinische toestand is slechter geworden en het bleek noodzakelijk te beginnen met prophylaxe tegen bepaalde opportunistische infecties.

Het maakte me gelukkig te zien dat ze haar afspraken regelmatig nakwam. Ook de sociaal werkster vindt dat het beter met haar gaat. Het moet gezegd dat, dankzij wat steun bij de te ondernemen stappen, ze nu een vaste verblijfplaats heeft en dus medische bijstand heeft gekregen. Ze heeft geen problemen meer om onderzoeken te ondergaan en medicijnen te bekomen. Vandaag voelt ze zich in staat om zich om haar gezondheid te bekommeren. Dat is een goede zaak, want we zullen opnieuw moeten beginnen met hiv-remmers en voor haar is het een uitdaging om die regelmatig in te nemen om te vermijden dat er een nieuwe resistentie optreedt, wat het risico zou doen ontstaan dat elke mogelijke therapie uiteindelijk gehypothekeerd wordt.

In dit geval stellen we vast in welke mate de bereidheid van de patiënt om verantwoordelijkheid voor haar gezondheid op te nemen, van heel wat meer factoren afhangt dan alleen die op medische basis. Hier was de stabiliserende rol van een vaste verblijfplaats van primordiaal belang voor het houvast van de patiënt en haar capaciteit zich aan te passen aan het ritme dat haar door haar follow-up is opgelegd.

D. De problematiek van uitstel van zorg

Hervé AVALOSSE, Sigrid VANCORENLAND (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten) en Leila MARON (Nationale Unie van Socialistische Mutualiteiten)

Abstract

Hoewel België over een van de beste gezondheidszorgsystemen van de wereld beschikt, blijven de kosten ten laste van de patiënt hoog en ondervinden sommige gezinnen problemen om de kosten voor gezondheidszorg te betalen. Die gezinnen moeten besparingen uitvoeren om gezondheidszorg te kunnen betalen of besparingen doen op gezondheidskosten om aan andere basisbehoeften te voldoen. Zo blijkt dat meer dan een op de zeven gezinnen zorg omwille van financiële redenen heeft moeten uitstellen. Het probleem van uitstel gaat vooral over behandelingen die als 'niet-prioritair' worden beschouwd (tandzorg, bril/lenzen...). Het uitstellen van zorg doet zich voor als het gedeeltelijk niet uitvoeren van zorg en geconfronteerd worden met 'gedwongen keuzes' die te wijten zijn aan ongunstige economische omstandigheden. De laatste jaren werden al positieve maatregelen genomen ten gunste van de toegang tot zorg, maar de financiële toegankelijkheid tot die zorg zou nog verbeterd kunnen worden.

1. Inleiding

Het Belgische gezondheidszorgsysteem wordt als een van de beste van de wereld beschouwd: bijna 99% van de bevolking is gedekt door de verplichte ziekteverzekering en een reeks maatregelen werden doorgevoerd om de toegang tot de gezondheidszorg te garanderen (verhoogde tegemoetkoming, maximumfactuur, sociale derdebetalersregeling...).¹¹⁰ Dat blijkt uit een reeks gezondheidsindicatoren¹¹¹: in vergelijking met andere Europese landen is de levensverwachting in België hoger, is de subjectieve gezondheidstoestand beter, de kwaliteit van de zorgverstrekking hoog, zijn er geen of weinig wachtlijsten voor zorgverlening enzovoort. Een onderzoek¹¹² dat in meerdere landen is gevoerd, toont trouwens aan dat de Belg het meest tevreden is: 94% van de ondervraagde personen is tevreden over de dek-

110 Voor meer informatie, zie het hoofdstuk over de Programma's, maatregelen en initiatieven ter bevordering van de toegang tot zorgverlening, gezondheid.

111 F. VRIJENS *et al.*, 'De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2012', KCE Report 196B, Health Services Research (HSR), Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2012, 180.

112 P.H. KECKLEY *et al.*, '2011 Survey of Health Care Consumers in Belgium – Key Findings, Strategic Implications', Brussel, Deloitte, 2011, 32.

king van hun ziekteverzekering, 57% van hen vindt ons gezondheidssysteem performant, 75% is tevreden over de dienstverlening van hun arts en 68% is tevreden over de ziekenhuiszorg die ze recentelijk hebben genoten.

Desondanks blijven de kosten ten laste van de patiënt hoog in vergelijking met andere landen in Europa (gemiddeld 25%¹¹³). Er zijn aanzienlijke verschillen in de gezondheid van gezinnen behorend tot diverse sociaaleconomische klassen en talrijke studies vestigen de aandacht op de problemen die sommige gezinnen hebben om gezondheidszorg te kunnen betalen.

In België vindt ruim één gezin op drie dat de persoonlijke bijdrage in de gezondheidskosten te hoog is.¹¹⁴

Het begrip toegang tot de gezondheidszorg omvat diverse aspecten¹¹⁵ (geografische toegankelijkheid, wachtlijsten, sociale en culturele toegankelijkheid, financiële toegankelijkheid). Er is geen echte consensus over het begrip, noch over de criteria waarmee men het kan meten. De toegankelijkheid verwijst naar de *'graad waarmee een individu met een behoefte die hij probeert te vervullen concreet een reeks zorgen ontvangt'*.¹¹⁶ Het begrip kan op twee, elkaar aanvullende manieren gemeten worden:

- de toegang in termen van gebruik van de gezondheidszorg, verwijzend naar de horizontale rechtvaardigheid in de veronderstelling dat de toegang gegarandeerd is vanaf het moment dat het systeem een gelijk gebruik voor een gelijke behoefte verzekert;
- de potentiële toegang, door de niet-vervulde zorgbehoeften te analyseren die de afwezigheid, de insufficiëntie of de ontoereikendheid van de verstrekte diensten en zorgen weerspiegelt en die zich uit door het uitstellen of niet uitvoeren van de overwogen zorg.

113 Het gaat om de nettostortingen van gezinnen en privéverzekeringen.

114 S. DEMAREST *et al.*, 'Gezondheidsenquête, 2008. Rapport IV – Gezondheid en Samenleving', IPH/EPI Reports nr. 2010/037, Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance, Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2010, 48.

115 P. MARTIN, 'L'accès aux soins en Belgique et le baromètre social des mutualités socialistes' (De toegang tot medische zorg in België en de sociale barometer van de socialistische mutualiteiten), Directie Studiedienst, Brussel, Nationaal Verbond van de Socialistische Mutualiteiten, 2002, 9.

116 S. DEMAREST en H. MIMILDIS, 'Les déterminants de l'accès aux soins de santé en Belgique – Une étude des besoins de soins non-satisfaits pour des raisons financières sur base de l'enquête de santé belge' (De bepalende factoren voor de toegang tot gezondheidszorg in België – Een studie van de zorgbehoeften waaraan niet wordt voldaan om financiële redenen op basis van de Belgische gezondheidsenquête), Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2012, 123.

De eerste benadering – gebaseerd op het gebruik – houdt bepaalde beperkingen in: zo kan geen rekening worden gehouden met de kwaliteit van zorg, de tevredenheid van de patiënten enzovoort. Ze meet wie er meer of minder gezondheidszorg gebruikt, maar niet of er sprake is van over- of onderconsumptie. Om deze problematiek beter te begrijpen zijn metingen van de potentiële toegang geschikt.

In dit hoofdstuk interesseren we ons vooral voor de financiële toegankelijkheid van zorg. Een van de belangrijkste indicatoren om die te meten, is het percentage gezinnen dat noodzakelijke gezondheidszorg niet kon uitvoeren omwille van financiële redenen en zorg moest uitstellen/afstellen. Over het algemeen wordt gesteld dat een gezin zorg moet uitstellen omwille van financiële redenen als één gezinslid verklaart dat hij – tijdelijk of definitief – een medische of operatieve zorg, tandzorg of de aankoop van medicijnen, brillen niet kon uitvoeren...

Het is belangrijk te benadrukken dat uitstel van zorg uiteenlopende realiteiten kan omvatten. *‘Het type zorg dat men moet uitstellen, het gezinslid waarop het uitstel betrekking heeft en ook de diverse uitingvormen van een toegankelijkheidsprobleem tot zorg (niet uitvoeren, uitstellen, problemen ervaren zonder dat zorg uitgesteld moet worden) zijn allemaal aspecten waarmee rekening gehouden moet worden in de problematiek van toegang tot zorg.’*¹¹⁷

2. Meer dan één gezin op zeven ziet zich gedwongen zorg uit te stellen en de laatste jaren neemt dat uitstel toe

Volgens de laatste gezondheidsenquête uit 2008 (uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid bij 11.250 at random gekozen personen uit de Belgische bevolking), verklaarde 14% van de bevolking dat ze gedurende de laatste twaalf maanden voor het onderzoek omwille van financiële redenen zorg had moeten uitstellen of behandelingen moest stopzetten.¹¹⁸ Een onderzoek uit 2009 van de Socialistische Mutualiteit¹¹⁹ bij meer

117 P. MARTIN, 1999, ‘Accessibilité et report de soins de santé – Synthèse’ (Toegankelijkheid en uitstellen van medische zorgen – Samenvatting), Directie Studiedienst, Brussel, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 1999, 27.

118 S. DEMAREST *et al.*, 2010, *ibid.*

119 V. DELY en M. WAUTHY, ‘Enquête affiliés 2009’ (Ledenenquête), Directie Marketing in samenwerking met Dedicated research, Brussel, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 2009.

dan 2000 aangesloten leden bevestigt dat resultaat met een uitstelpercentage van 15%.

Op basis van de resultaten van vier opeenvolgende gezondheidsenquêtes blijkt dat het niet uitvoeren van zorg omwille van financiële redenen aanzienlijk is toegenomen: een stijging van 9% in 1997 tot 14% in 2008, of een stijging met 5 procent.

Een gedetailleerde analyse¹²⁰ toont aan dat er sinds 2004 een toename is van personen die zorg niet uitvoeren binnen de groep van de laagste inkomensklassen (vooral wat voorgeschreven medicijnen betreft). Een nieuwe vaststelling is dat nu ook in gezinnen van wie de sociaaleconomische situatie voordien nooit problemen had gesteld, nu zorg niet wordt uitgevoerd (dit werd voor alle soorten van zorgverlening geconstateerd).

Volgens een recenter onderzoek¹²¹, uit 2011, moeten zes op de tien patiënten op andere uitgaven van het budget besparen (huur, voeding, brandstof, onderwijs) om hun maandelijkse gezondheidsfactuur te kunnen betalen. Bovendien bleek dat 17% van de ondervraagde personen bij ziekte of ongeval geen dokter consulteerde en dit in meer dan een op de drie gevallen om financiële redenen. Van hen die een consultatie uitgesteld hebben of de door de dokter voorgeschreven behandeling niet hebben gevolgd, heeft 42% dat eveneens uit financiële overwegingen gedaan.

3. Het uitstellen van zorg treft vooral vrouwen, jonge mensen en sociaaleconomisch kwetsbare groepen

Uit de Belgische vakliteratuur blijkt dat leeftijd, geslacht, inkomensniveau, gezondheidstoestand van de persoon (geldend op het moment van het onderzoek), de sociaaleconomische situatie van het gezin en hun woonplaats cruciale factoren zijn om het niet uitvoeren van zorg te verklaren.¹²²

3.1 Geslacht en leeftijd

Vrouwen verklaren vaker zorg uit te stellen¹²³: 21% tegenover 10% bij mannen.¹²⁴

120 S. DEMAREST en H. MIMILDIS, 2012, *ibid.*

121 P.H. KECKLEY *et al.*, 2011.

122 S. DEMAREST en H. MIMILDIS, 2012, *ibid.*

123 Deze afwijking blijft significant na standaardisatie voor leeftijd.

124 S. DEMAREST *et al.*, 2010, *ibid.*

In het algemeen verklaren vooral jongeren, mensen onder de 30 jaar, dat ze zorg hebben moeten uitstellen. Voor de leeftijdsgroepen jonger dan 54 jaar is dat 16 tot 17%, bij de 55- tot 64-jarigen 12%, bij de 65- tot 74-jarigen 10% en bij de 75-plussers tot slot 8%.¹²⁵

3.2 Sociaaleconomische situatie

Het uitstellen van zorg verschilt gevoelig in functie van de gezinssituatie. Eenoudergezinnen stellen zorg het vaakst uit: bij hen gaat het om 30%, terwijl dat percentage 16% bedraagt voor alleenstaanden en 6% voor koppels zonder kinderen (Grafiek 1).

Bovendien is het uitstellen van zorg niet op dezelfde manier van toepassing op de verschillende gezinsleden: bij gezinnen met kinderen wordt in 2 op de 3 gevallen enkel zorg uitgesteld voor de volwassenen.¹²⁶

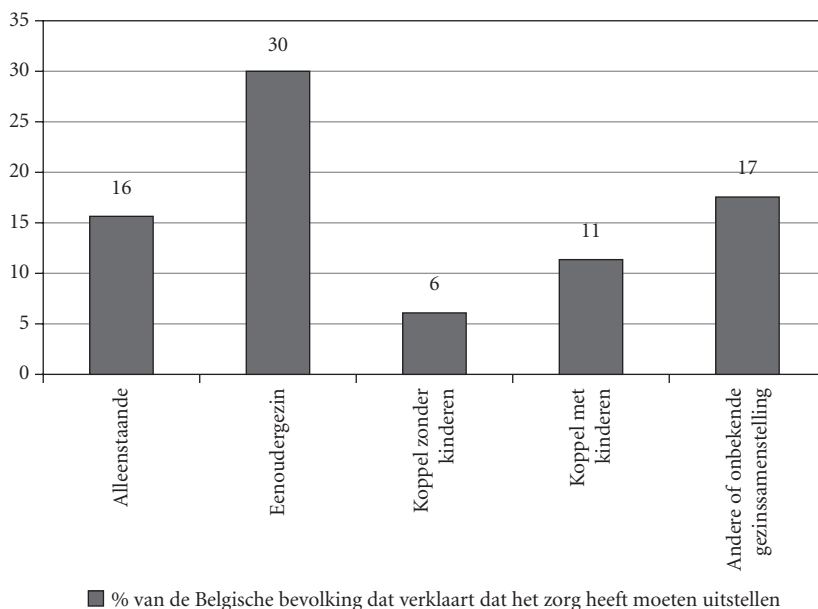
Uitstel van zorg verschilt ook naargelang de perioden¹²⁷: het kan structureel zijn of tijdsgebonden en gerelateerd aan een sleutelmoment zoals het gaan samenwonen van een jong stel, het uit elkaar gaan van een echtpaar, de geboorte van meerlingen enzovoort.

125 Dit verschil blijft significant na standaardisering voor geslacht.

126 P. MARTIN en M. PIETTE, 2001, 'Accessibilité et report de soins de santé. Baromètre social 2000 – Synthèse' (Toegankelijkheid en uitstellen van medische zorgen. Sociale Barometer 2000 – Samenvatting), Directie Studiedienst, Brussel, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 2001, 15.

127 P. MARTIN, 1999, *ibid.*

Grafiek 1: Percentage van de Belgische bevolking dat zorg omwille van financiële redenen heeft moeten uitstellen, per gezinssituatie, 2008.



Bron: Demarest *et al.* (2010)

Er bestaat een sterk significant verband tussen het opleidingsniveau van het gezin en uitstel van zorg: 18% van de gezinnen met het laagste opleidingsniveau verklaart vaker zorg uit te stellen omwille van financiële redenen tegenover 9% van de gezinnen met het hoogste opleidingsniveau.¹²⁸

Bovendien is het risico op uitstel groter bij gezinnen die geen enkele bezoldigde activiteit aangeven¹²⁹: 17% tegen 11% voor gezinnen waar minstens een persoon werkt. Die sociale gradiënt is des te uitgesprokener wanneer men rekening houdt met het inkomen: 27% van de gezinnen uit de groep met het laagste equivalent inkomen¹³⁰ – eventueel aangepast aan de omvang en de samenstelling van het gezin – is omwille van financiële redenen gedwongen

128 Dit is een beduidend verschil na standaardisering voor leeftijd en geslacht. Demarest S. en *al.*, 2010, *Ibid.*

129 S. DEMAREST en H. MIMILDIS, 2012, *ibid.*

130 Gemeten per kwintiel: het eerste kwintiel stemt overeen met de 20% gezinnen met de laagste equivalente inkomens en het vijfde met de 20% gezinnen met de hoogste equivalente inkomens.

zorg uit te stellen, een percentage dat terugloopt tot 4% voor gezinnen uit de groep met het hoogste inkomen.¹³¹

Deze vaststelling bewijst dat het noodzakelijk is om bijzondere aandacht te schenken aan de bevolkingscategorieën die het gevoeligst zijn voor het uitstellen of het niet uitvoeren van gezondheidszorg.

In 1999 voerde de Socialistische Mutualiteit een onderzoek 'Baromètre social'¹³² uit in Wallonië en Brussel dat gewijd was aan werklozen, bestaansminimumtrekkers en lage inkomens.¹³³ In dit onderzoek verklaarde 40% van de ondervraagde personen dat ze zorg hadden uitgesteld of niet uitgevoerd. Ruim één gezin op twee (54%) ondervond problemen om gezondheidszorg te betalen (met of zonder uitstel), rekening houdend met het gezinsbudget. Bovendien zou 37% van de personen meer geld aan gezondheidszorg besteden als ze over meer geld beschikten. Het onderzoek stelde vast dat de actieve bevolking met een laag inkomen veel problemen had om toegang tot zorg en bepaalde vormen van sociale hulp te krijgen. Dit was de reden om in 2000 een onderzoek uit te voeren naar gezinnen waarin minstens één persoon werkt.¹³⁴ Dit onderzoek bracht aan het licht dat 46% zorg of de aankoop van geneesmiddelen om financiële redenen uitstelt.

Onderzoek¹³⁵ uitgevoerd in 2001-2002 toonde aan dat 23% van de leden van de Socialistische Mutualiteit de laatste twaalf maanden had moet besparen om zich te kunnen laten verzorgen en dat 20% omwille van financiële problemen zorg uitstelde.¹³⁶ Hoewel slechts weinig gezinnen (4%) een lening afsluiten om gezondheidszorg te betalen, overschrijden sommigen toch hun kredietlimiet, anderen vragen uitstel van betaling bij de apotheker of gespreide betalingen bij het ziekenhuis, of kloppen bij familie aan voor financiële steun.

131 S. DEMAREST *et al.*, 2010, *ibid.*

132 P. MARTIN, 1999, *ibid.*

133 Om de financiële problematiek te koppelen aan de situaties zoals ze worden beleefd door mensen die echt gezondheidsproblemen hebben, werden in deze enquête enkel gezinnen opgenomen waarvan ten minste een van de leden ziek was, of de voorbije zes maanden een dokter had geraadpleegd of de voorbije twaalf maanden in het ziekenhuis was opgenomen.

134 De studie was uitgevoerd op basis van een enquête bij 340 gezinnen, bij personen die een beroep hadden gedaan op de centra voor maatschappelijk welzijn en die, *de facto*, meer medische problemen hadden.

135 Opinie-enquête door de Socialistische Mutualiteit in samenwerking met de Vrije Universiteit Brussel in 2001-2002 bij 1685 leden en 855 niet-leden.

136 P. MARTIN *et al.*, 'La place de la mutualité au sein du système de santé – Enquêtes auprès des différents acteurs concernés' (De plaats van de mutualiteit binnen het gezondheidssysteem – Enquêtes bij de verschillende betrokken actoren), Uittreksel uit het globale rapport, Brussel, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 2002, 63.

De laatste jaren stellen onze sociale diensten vast dat de vragen om hulp steeds vaker over financiële kwesties gaan, voornamelijk omdat personen diep in de schulden zitten, niet vanwege buitensporig consumptiegedrag, maar om hun facturen voor basisbehoeften te kunnen betalen (gas-elektriciteit, water, gezondheidszorg, schoolkosten enzovoort).¹³⁷ Steeds meer gezinnen moeten de keuze maken tussen eten en zorg dragen voor hun gezondheid, terwijl de keuze vroeger eerder lag tussen een goedkopere medische behandeling of uitstel van de zorg.

3.3 Gezondheidstoestand

Gezinnen met (meerdere) gezondheidsproblemen¹³⁸ hebben een hoger risico om zorg omwille van financiële redenen uit te stellen. Hoe slechter iemand zijn eigen gezondheid inschat, hoe vaker uitstel van zorg vermeld wordt: bij personen in erg goede gezondheid bedraagt het percentage dat zorg uitstelt, 16% tegenover 76% bij personen in zeer slechte gezondheid.

Uitstel van zorg treft in het bijzonder chronisch zieken

Een onderzoek door de christelijke mutualiteit toont aan dat personen met een chronische ziekte vaker zorg moeten uitstellen.¹³⁹ Bij gezinnen die geconfronteerd worden met chronische ziekte en die financiële problemen ondervinden vanwege de grote uitgaven voor gezondheid (gezinnen van categorie A1), slaagt 48% er nauwelijks in om met het beschikbare inkomen rond te komen, krijgt 22% steun van derden (ouders, vrienden, sociale instellingen), heeft 53% moeten afzien van verzorging en heeft 12% schulden die te wijten zijn aan gezondheidszorg. Sommige *risicofactoren* houden nauw verband met die moeilijkheden: alleenstaanden, eenoudergezinnen, gezinnen onder de armoederempel, maar ook zij die hun woning huren of gezinnen waarbij een van de gezinsleden invalide is.

Gezinnen die geconfronteerd worden met een chronische ziekte, maar die daardoor geen financiële problemen ondervinden (gezinnen van categorie A2), hebben, globaal genomen, aanzienlijk minder hoge scores en leunen dichter aan bij de gezinnen die niet met chronische ziekte af te rekenen hebben

137 I. DECHAMPS, 'Vaststellingen van de sociale dienst van de Socialistische Mutualiteit' – Solidaris, Reflectiedag – Gezondheid, crisis en alternatieven, georganiseerd door het Actieplatform Gezondheid en Solidariteit, Brussel, 2 maart 2012.

138 Benadert de zorgbehoefte op basis van de waargenomen of zelfverklaarde gezondheidstoestand.

139 H. AVALOSSE *et al.*, 'Chronisch zieken in België: impact op de financiële situatie van de huishoudens', *CM-informatie* 2009, vol. 237.

(gezinnen van categorie B). Desalniettemin moet 13% van die gezinnen toch soms zorg uitstellen. En uiteraard spelen ook hier dezelfde risicofactoren mee.

Voor welk posten van het gezinsbudget zijn er problemen? Tabel 1 geeft de top 5 van de vaakst vermelde problemen. Voor de gezinnen uit A1 is het grootste probleem uiteraard de post in verband met gezondheidszorg in het algemeen. Voor de gezinnen uit A2 en B komt gezondheidszorg op de vijfde plaats (en vormt een probleem voor bijna 3% van die gezinnen). Hun belangrijkste bekommernissen zijn belastingen en/of verzekeringen (gezinnen uit A2), kosten voor verwarming, elektriciteit, water (gezinnen uit B).

Tabel 1: Top 5 van de uitgaveposten die gezinnen problemen bezorgen (gerangschikt naar het aantal keren dat ze vermeld werden).

A1. Chronische ziekte en daaraan verbonden financiële problemen		A2. Chronische ziekte zonder daaraan verbonden financiële problemen		B. Geen chronische ziekte	
N = 1.414		N = 2.775		N = 1.559	
1. Gezondheidszorg	36%	1. Belastingen en/of verzekeringen	4,5%	1. Verwarming, elektriciteit en/of water	6,0%
2. Belastingen en/of verzekeringen	22%	2. Uitgaven voor vrije tijd of vakanties	4,3%	2. Belastingen en/of verzekeringen	4,5%
3. Verwarming, elektriciteit en/of water	22%	3. Verwarming, elektriciteit en/of water	3,6%	3. Uitgaven voor vrije tijd of vakanties	4,3%
4. Uitgaven voor vrije tijd of vakanties	18%	4. Transport	2,9%	4. Transport	4,2%
5. Kleding en/of schoenen	17%	5. Gezondheidszorg	2,7%	5. Gezondheidszorg	3,0%

Op welk soort zorg besparen gezinnen? In orde van belangrijkheid (zie Tabel 2) en voor de gezinnen uit A1: bril, tandzorg, consultaties bij specialisten en de huisarts en geneesmiddelen. Bij gezinnen uit A2 en B nemen de aankoop van een bril en tandzorg eveneens de twee eerste plaatsen in van zorg die het vaakst wordt uitgesteld.

Tabel 2: Top 5 van zorg die door gezinnen wordt uitgesteld (gerangschikt naar het aantal keren dat ze vermeld werden).

A1. Chronische ziekte en daaraan verbonden financiële problemen		A2. Chronische ziekte zonder daaraan verbonden financiële problemen		B. Geen chronische ziekte	
N = 1.414		N = 2.775		N = 1.559	
1. Bril	31%	1. Bril	6,2%	1. Tandarts	6,5%
2. Tandarts	29%	2. Tandarts	5,5%	2. Bril	5,4%
3. Consultaties bij de specialist	23%	3. Tandprothesen en -beugels	4,3%	3. Consultaties bij en/of bezoeken van de huisarts	4,7%
4. Consultaties bij en/of bezoeken van de huisarts	21%	4. Consultaties bij en/of bezoeken van de huisarts	3,3%	4. Tandprothesen en -beugels	4,4%
5. Medicijnen	20%	5. Oogarts	2,9%	5. Consultaties bij de specialist	3,6%

3.4 Geografische zone van de woonplaats

Uitstel van zorg verschilt sterk van de ene geografische zone bij de andere. Uitstel komt het vaakst voor in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: het percentage dat verklaart zorg te moeten uitstellen, bedraagt 26% tegenover 11% in Vlaanderen en 14% in Wallonië (Grafiek 2).

De situatie in Brussel is alarmerend. Ze weerspiegelt een toegankelijkheidsprobleem op de eerstelijnszorg, zoals duidelijk blijkt uit het aanzienlijk lager aantal consultaties bij de huisarts in vergelijking met de twee andere regio's, met in 2009 een gemiddelde jaarlijkse uitgave¹⁴⁰ van 71 euro tegen 94 euro in Wallonië en 102 euro in Vlaanderen.¹⁴¹ Brussel wijkt sterk af van de twee andere regio's omdat er vooral vaker een beroep op gespecialiseerde geneeskunde en op ziekenhuizen wordt gedaan.¹⁴²

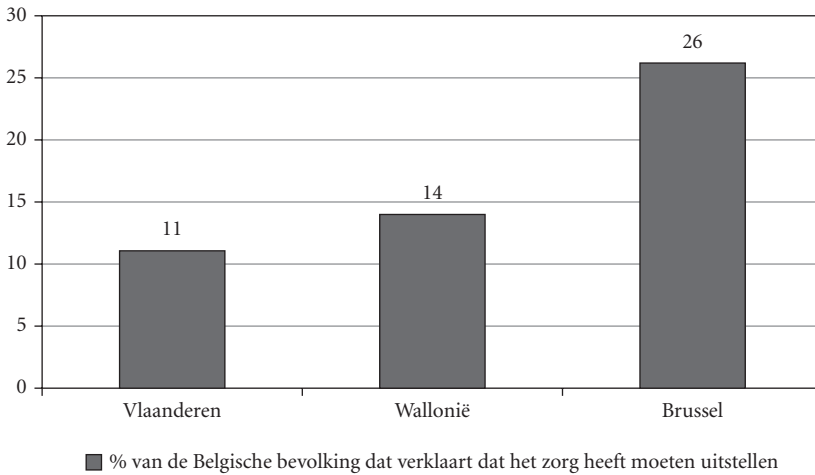
¹⁴⁰ Deze uitgave wordt gecorrigeerd om rekening te houden met de regionale verschillen op basis van vier parameters: leeftijd, geslacht, sociaal statuut (loontrekkende/zelfstandige) en terugbetalingscategorie (rechthebbende op een verhoogde tegemoetkoming, gewone rechthebbende).

¹⁴¹ Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, 'Geografie van de medische consumptie – Variaties in de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging in België – Gegevens 2009', 2012, 294.

¹⁴² *Ibid.*

De kans dat zorg moet worden uitgesteld, is gemiddeld veel groter in de grote steden: 19% van de personen die in verstedelijkte gebieden woont, verklaart gedwongen te zijn zorg uit te stellen tegenover 9% in landelijke gebieden en 9% in halfverstedelijkte gebieden.

Grafiek 2: Percentage van de Belgische bevolking dat zorg omwille van financiële redenen heeft moeten uitstellen, per regio, 2008



Bron: Demarest *et al.* (2010)

We willen echter benadrukken dat het probleem in Brussel wellicht onderschat is. In het merendeel van de onderzoeken worden bepaalde personen niet ondervraagd: personen die niet in het rijksregister ingeschreven staan of die niet kunnen worden gecontacteerd, zoals daklozen, illegalen of personen die recent werden geregulariseerd.¹⁴³

143 M.DE SPIEGELAERE, 'Première table ronde: santé et droits' (Eerste rondetafelgesprek: gezondheid en rechten) in *Accès à la santé: droits et réalités* (Toegang tot gezondheid: rechten en realiteit), Notulen van het colloquium van 16 december 2002, georganiseerd door Solidarités Nouvelles Bruxelles, Brussel, Les cahiers de la santé van de Franse Gemeenschap, 2002, 17-18.

4. Uitstel van zorg gebeurt voornamelijk voor tandzorg, de aankoop van bril of lenzen en medicijnen

In het algemeen komt uitstel van zorg vaker voor bij specialisten (vaakst vermeld zijn onder anderen gynaecologen, oogartsen en psychologen/psychiaters), tandartsen en de aankoop van medicijnen.¹⁴⁴

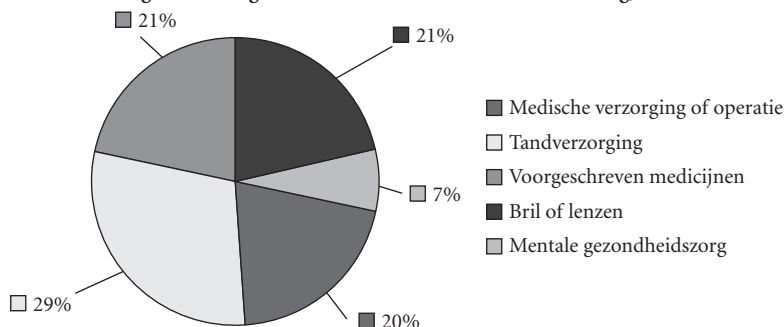
De laatste gezondheidsenquête bracht aan het licht dat financiële hindernissen voor de toegankelijkheid tot gezondheidszorg zich vooral concentreren op het gebied van tandzorg (in de loop van de laatste 12 maanden kon 29% van de gezinnen zich een dergelijke verzorging niet permitteren), de aankoop van bril of lenzen (21%), de aankoop van voorgeschreven geneesmiddelen (21%), medische behandelingen of een operatieve ingreep (20%) (Grafiek 3).

Dat kan worden verklaard door het feit dat gezinnen prioriteiten stellen op het vlak van zorg: ze maken onderscheid tussen noodzakelijke zorg en zorg die ze als luxe beschouwen (tandzorg, prothesen, bril, kinesitherapie, orthopedie, raadplegingen bij de specialist, preventieve onderzoeken enzovoort).

Uit een onderzoek van de Socialistische Mutualiteit in samenwerking met de Vrije Universiteit Brussel in 2001-2002¹⁴⁵ blijkt trouwens dat een op de vier gezinnen niet tevreden is met de terugbetaling – ontoereikend of onbestaande – voor noodzakelijke verzorging, zoals tandzorg en een bril. Dit is nog meer het geval indien meerdere leden uit hetzelfde gezin geconfronteerd worden met deze kosten.

Grafiek 3: Verhouding van de redenen voor het niet uitvoeren van zorg om financiële redenen, 2008

Onderverdeling van de aangevoerde motieven voor het afzien van zorg, HIS-2008



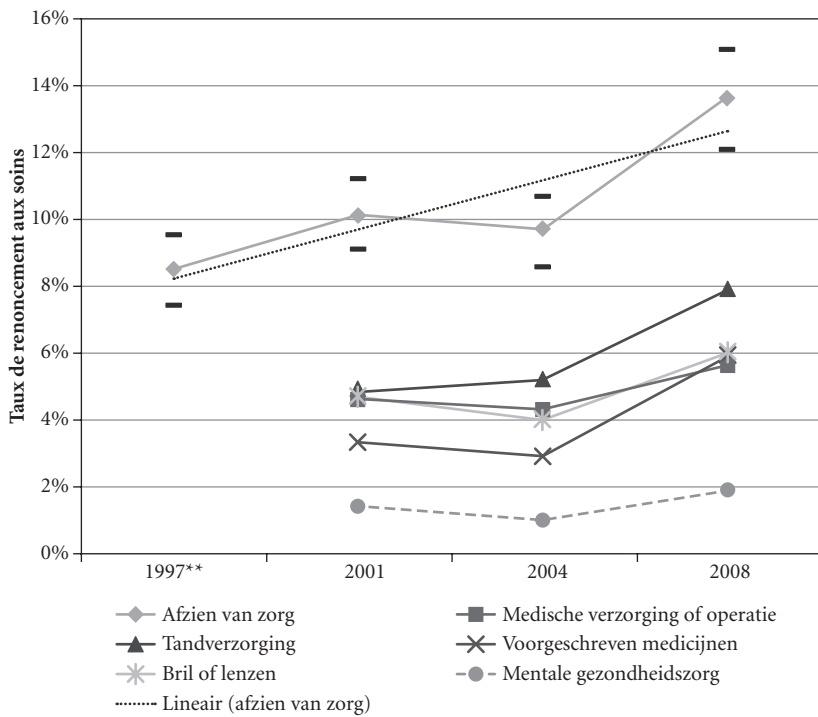
¹⁴⁴ P. MARTIN, 2002, *ibid.*

¹⁴⁵ P. MARTIN *et al.*, 2002, *ibid.*

Bron: Demarest en Mimildis (2012)

Sinds de eerste gezondheidsenquête is uitstel van de aankoop van voorgeschreven geneesmiddelen en tandzorg sterk gestegen, wat resulteert in een globale stijging van uitstel van zorg (Grafiek 4).

Grafiek 4: Evolutie van het percentage van uitstel van zorg omwille van financiële redenen per type van zorg, 1997-2008



Bron: Demarest en Mimildis (2012)

De stijging van het percentage van uitstel van zorg concentreert zich bij gezinnen die af te rekenen hebben met meerdere niet-vervulde zorgbehoeften, veel meer dan bij gezinnen die in de loop van de laatste twaalf maanden slechts één soort van zorg hebben moeten uitstellen.¹⁴⁶

146 S. DEMAREST en H. MIMILDIS, 2012, *ibid.*

5. Zorguitstel wijst op heel uiteenlopende realiteiten, afhankelijk van het gezin

Het begrip zorguitstel is slechts zelden geanalyseerd *‘in zijn diepe betekenis en in zijn sociaal-existentiële dynamiek’*.¹⁴⁷ Onderzoeken brengen de kwestie van uitstel van zorg vaak ter sprake *‘alsof die voor iedereen hetzelfde zou zijn, op elk moment in het leven, in om het even welke familiale context en voor de meest uiteenlopende pathologische realiteiten’*.¹⁴⁸

Naast de grote nationale gezondheidsenquêtes die sinds 1997 door het Instituut voor Volksgezondheid zijn gevoerd, bieden de diverse onderzoeken van de Socialistische Mutualiteit een andere invalshoek en een kwalitatieve meerwaarde. Ze helpen om beter uit te leggen wat de omstandigheden zijn die mensen ertoe aanzet gezondheidszorg uit te stellen en ze gaan in op de beleving van de ondervraagde personen.

Het onderzoek uitgevoerd in 1999¹⁴⁹ toonde aan dat van personen met bescheiden leefomstandigheden (werklozen, bestaansminimumtrekkers en lage inkomens) die af te rekenen kregen met gezondheidsproblemen, er 36% genoodzaakt was zorg uit te stellen en 21% er zelfs volledig moest van afzien. Wat medicijnen betreft, kon 18% deze vorm van zorg niet uitvoeren en afhankelijk van het geval werden de medicijnen *‘stopgezet’*, *‘vervangen door andere’*, *‘een keer op twee ingenomen om langer met een doos te doen’* enzovoort.

Die studie vestigde bovendien de aandacht op de complexiteit van het gedrag dat gezinnen aannemen en de profielen die een verschillende sociale realiteit weerspiegelen. Er werden vier basisprofielen vastgelegd (Grafiek 5):

- het profiel ‘Type A: coherentie in het probleem’ geldt voor 51% van de gezinnen. Ze hebben grote financiële problemen en worden gekenmerkt door een onverbiddelijke economische logica: zorg of de aankoop van medicijnen wordt uitgesteld of niet uitgevoerd wegens gebrek aan geld en ze nemen hun toevlucht tot verschillende soorten hulp (sociale, familiale). Ze zouden meer geld aan gezondheid besteden als ze de middelen hadden;
- het profiel ‘Type B: de onthullende tegenstelling’ geldt voor 16% van de gezinnen. De sociaaleconomische situatie van die gezinnen is doorgaans min-

147 T. POU CET, ‘Le phénomène du renoncement temporaire ou définitif aux soins mieux cernés’, *Renouer* januari-februari 2000, nr. 37, 2-3.

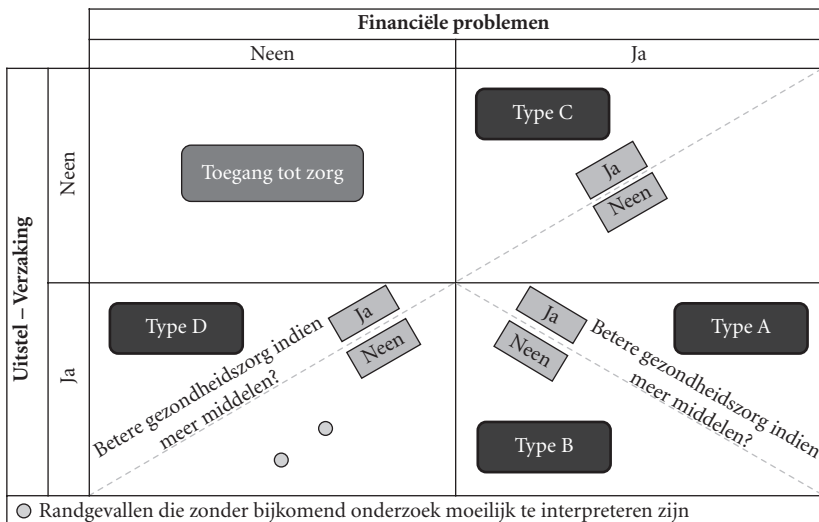
148 *Ibid.*

149 P. MARTIN, 1999, *ibid.*

der precair dan die van type A en het uitstel is meer doelgericht. Ondanks het feit dat zorg voor bepaalde personen wordt uitgesteld of dat bepaalde vormen van zorg worden uitgesteld, is gezondheid prioritair en wordt het 'noodzakelijke' gedaan. Het gezin zou niet meer geld aan gezondheidszorg besteden als er meer middelen ter beschikking waren;

- het profiel 'Type C: gezondheid gaat voor alles' geldt voor 27% van de gezinnen. In deze gezinnen wordt geen zorg uitgesteld ondanks de financiële moeilijkheden. Gezondheid komt op de eerste plaats en dit wordt gerealiseerd door hun budget goed te beheren, te besparen op andere uitgaven of deze andere uitgaven niet uit te voeren;
- het profiel 'Type D: tandverzorging heeft weinig belang' geldt voor 5% van de gezinnen. Paradoxaal genoeg verklaren die gezinnen (vaak met één persoon die werkt) dat ze zorg uitstellen of afstellen, hoewel ze tegelijk aangeven dat gezondheidskosten op financieel vlak gemakkelijk kunnen worden gedragen. Zorguitstel betreft hier vooral tandverzorging die als luxe wordt beschouwd vanwege de hoge kostprijs en 'niets te maken heeft' met de gezondheid.

Grafiek 5: Uitstel van zorg en de redenen die gezinnen daarvoor opgeven, 1999



Bron: Martin (1999)

Andere verklaringen voor het uitstellen van zorg¹⁵⁰: gebrek aan tijd, angst, nonchalance, gezondheid die op de tweede plaats komt, en moeilijkheden met vervoer of te duur transport. Wanneer ze met die problemen geconfronteerd worden, werken de gezinnen een strategie uit.

- De strategie van de ontbering: het gezin probeert zichzelf te verzorgen, stelt zorg een maandje uit, gaat over tot een rolbeurt voor elk gezinslid (cf. de aankoop van een bril) of omgekeerd, groepeerde de medische bezoeken of beperkt andere uitgaven (voeding, kleding, logies enzovoort). Het gaat om ‘prioriteiten stellen’ en ‘zich andere zaken ontfeggen’.
- De strategie van de beste koop: het gezin vermindert zijn uitgaven (zowel voor gezondheid als voor de rest) zoveel mogelijk door generische geneesmiddelen te kopen, naar een wijkgezondheidscentrum te gaan waar met een forfait wordt gewerkt enzovoort. Een ondervraagde persoon vertrouwde ons toe: *‘Ik heb ervoor gekozen mij bij een wijkgezondheidscentrum in te schrijven en sindsdien heb ik de controles en verzorging kunnen laten doen die ik al een jaar had uitgesteld. Het geld voor huisartsbezoeken dat ik daarmee uitgespaarde, heb ik kunnen gebruiken voor bezoeken aan specialisten voor mij en mijn dochters’*.
- De strategie van goed beheer: alle uitgaven, met inbegrip van die voor gezondheid, worden nauwkeurig gepland en het huishoudbudget wordt minutieus beheerd, indien nodig wordt er op uitgaven bespaard en worden er prioriteiten gesteld: *‘We hebben lage inkomens, maar beheren het huishoudbudget heel strikt, waardoor we onze medische uitgaven, niet zonder moeite, kunnen bekostigen, maar gezondheid komt altijd op de eerste plaats’*.
- De strategie van een beroep doen op hulp: het gezin rekent op verzekeringen, in het bijzonder op de hospitalisatieverzekeringen, op diverse vormen van sociale hulp, op tussenkomst van de familie, op de mogelijkheid om de betaling van zijn facturen te spreiden enzovoort.
- De strategie van het voorkomen: het gezin kiest voor medische preventie om grotere kosten in de toekomst te vermijden of voor economische preventie door geld opzij te zetten mochten er zich moeilijke situaties voordoen.
- De ‘niet’-strategie: het gezin ‘leeft van dag op dag’.

150 P. MARTIN en M. PIETTE, 2001, *ibid.*

6. Ondanks bestaande mechanismen om de toegang tot zorg te garanderen, blijft uitstel van zorg voortbestaan

Ondanks het bestaan van diverse mechanismen die de toegang tot gezondheidszorg in het kader van onze sociale zekerheid garanderen – zoals verhoogde tegemoetkoming, de maximumfactuur, de sociale derdebetalersregeling, het globaal medisch dossier... – zien bepaalde gezinnen zich nog steeds gedwongen zorg uit te stellen.

Het economische aspect van toegang tot zorg is een cruciale kwestie. De sociale zekerheid en de residuale hulp spelen een hoofdrol in de toegang tot zorg.¹⁵¹ Deze bevinding geldt des te meer voor die gezinnen waar gezondheidszorg een aanzienlijke kost vertegenwoordigt en waar herhaaldelijk problemen zijn met het voorschieten van geld voor zorg. Deze situaties tonen aan hoe moeilijk verzorging is zonder hulp van buitenaf en het voordeel van beroep te kunnen doen op een geconventioneerde zorgverlener en te kunnen genieten van de derdebetalersregeling.¹⁵² Voor mensen met een laag inkomen kan het voorschieten van geld heel moeilijk zijn, zeker wanneer men meerdere vormen van zorg nodig heeft.¹⁵³

In die context hebben de mutualiteiten een medico-mutualistisch akkoord 2011 verdedigd en bekomen, dat gericht is op het opheffen van drempels tot gezondheidszorg. Er werden twee maatregelen ingevoerd. De eerste, van kracht vanaf 1 juli 2011, betreft het engagement van de geconventioneerde huisartsen om de sociale derdebetalersregeling toe te passen voor alle consultaties bij sociaaleconomisch kwetsbare personen die daar om vragen. De tweede maatregel, van kracht vanaf 1 december 2011, is daar een aanvulling op en voorziet in een aanzienlijke daling van de kostprijs van een consultatie bij een huisarts voor patiënten met een laag inkomen (VT en Omnio) omdat het precies die patiënten zijn die vaak zorg omwille van financiële redenen uitstellen. Degenen die over een globaal medisch dossier beschikken, betalen

151 P. MARTIN, 1999, *ibid.*

152 Dankzij het mechanisme van de derde betaler, moet de patiënt de kosten verbonden aan uitgaven voor gezondheidszorgen niet voorschieten: de tussenkomst van de verplichte verzekering voor de geleverde prestatie wordt rechtstreeks gestort aan de zorgverstrekker door de mutualiteit; de patiënt betaalt enkel het remgeld. Dit systeem is van toepassing op alle verstrekkingen bij een ziekenhuisopname en voor elke patiënt.

153 J. HERMESSEEN M. DE SPIEGELAERE, Workshop 'Pauvreté et accès aux soins de santé' (Armoede en toegang tot medische zorgen), 2012, Collectie 'Cepess', Colloquium over de strijd tegen armoede, Brussel, 14 oktober 2011.

nog slechts 1 euro voor hun consultatie, anderen 1,50 euro. Het belang van de sociale derdebetalersregeling als voornaamste hulpmiddel voor toegankelijkheid tot gezondheidszorg is aangetoond¹⁵⁴; dit mechanisme versterkt duidelijk de toegang tot de algemene geneeskunde van een jonge bevolkingsgroep die kwetsbaarder en vaker ziek is. Zonder dat systeem zou die groep te weinig zorg gebruiken. Het engagement van de huisartsen heeft trouwens een aanzienlijk positief resultaat gehad op de toepassing van de sociale derdebetalersregeling, maar we zijn nog ver verwijderd van een systematische toepassing van de sociale derdebetalersregeling zoals voorzien in de recente wet gezondheid-toegankelijkheid die vanaf 1 januari 2015¹⁵⁵ in voege treedt. In diezelfde geest zijn forfaitaire wijkgezondheidscentra – dus zonder eigen bijdrage of supplementen voor de patiënt – een systeem dat gepromoot moet worden om de toegankelijkheid tot de eerstelijnsgezondheidszorg te vergroten, in het bijzonder in deze tijden van crisis waar een groot deel van de bevolking omwille van financiële redenen zorg moet uitstellen.¹⁵⁶

Het bestaan van die diverse mechanismen/zorgstructuren houdt niet automatisch in dat ze ook toegepast/gebruikt worden.¹⁵⁷ Dat onbenut laten vloeit vaak voort uit informatie of communicatie die niet voor iedereen toegankelijk is of die onvoldoende is aangepast aan de kwetsbare bevolkingsgroepen, die weinig ontvankelijk zijn voor de informatie die door de mutualiteiten proactief wordt verspreid. Bovenop de financiële toegankelijkheidsproblemen zijn er nog meer aspecten die de toegang belemmeren: sociale toegankelijkheid speelt hier een niet-verwaarloosbare rol. *‘Het gaat over de toegang tot informatie, de kennis en het gebruik van het zorgsysteem (de gewone kanalen, het netwerk van relaties en contacten), het inzicht in het zorgsysteem en zijn verstaanbaarheid (gefragmenteerde perceptie waarbij de patiënt de samenhang niet ziet): “Ik weet niet waar ik heen moet en wat ik moet vragen”, verklaart de moeder van een jong kind met hersenverlamming.*¹⁵⁸

154 J.-M. LAASMAN, L. MARON en J. VRANCKEN, ‘Le Tiers Payant Social: Pour quel accès aux soins’ (De sociale derde betaler, voor welke toegang tot medische zorgen), Directie Studiedienst, Brussel, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 2012, 18.

155 J.-M. LAASMAN, L. MARON en J. VRANCKEN, ‘Baromètre Tiers Payant Social 2012’ (‘Barometer sociale derde betaler 2012’), Directie Studiedienst, Brussel, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 2013, 23.

156 M. BOUTSEN en L. MARON, ‘L’accessibilité des maisons médicales au forfait: une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles’ (Toegankelijkheid tot medische huizen met forfait: een analyse op basis van de statistische buurten in Brussel), Directie Studiedienst, Brussel, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 2011, 15.

157 Deze mechanismen gelden overigens enkel voor de populatie die is gedekt door de verplichte ziekteverzekering en die zijn ingeschreven in het Rijksregister.

158 P. MARTIN, 2002, *ibid.*

Ten overstaan van een toename van statuten en rechten moeten we vaststellen dat de sociale en wetgevende informatie steeds ondoorzichtiger en complexer wordt. Dat vertaalt zich in een gebrekkige kennis van de maatregelen. Enerzijds hebben de sociaal verzekerden een gebrekkige kennis van de medische voorzieningen die hen een betere toegang zouden kunnen geven tot de gezondheidszorg en een lagere eigen bijdrage. Dat kan van hun kant soms een echt proactief optreden vergen, met daarbovenop administratieve stappen die een opeenvolgend proces zijn en niet voor iedereen even gemakkelijk.

Daarnaast hebben bepaalde sociaal verzekerden soms angst om zich tot de dienstverlening te wenden die over het toekennen van een recht beslist, uit vrees andere rechten of sociale bijdragen te verliezen. Anderzijds moet de toepassing van diverse maatregelen geval per geval worden onderzocht; professionele zorgverleners kunnen zich overstelpt voelen door de toename van de steeds complexere maatregelen en ontmoedigd raken door de administratie die daarmee gepaard gaat. Het beheersen van deze informatie is cruciaal voor de toegang tot zorg voor gezinnen. De mutualiteiten spelen hierin een belangrijke rol door informatie te verspreiden aan hun consulenten, de zorgverleners en hun leden (via folders, sensibiliseringscampagnes, informatietools over de kosten van zorg, welke artsen geconventioneerd zijn enzovoort). Ook andere actoren in de gezondheidszorg vervullen die taak: de medisch-sociale partners, de zorgverleners, de OCMW's enzovoort.

7. **Besluit**

De Belgische sociale zekerheid wordt gezien als een van de beste systemen ter wereld en als een performant systeem. Bijna de hele bevolking is door een verplichte ziekteverzekering gedekt. Bovendien bestaan er heel wat maatregelen om de minst bedeelde bevolkingsgroepen toegang tot de gezondheidszorg te garanderen (verhoogde tegemoetkoming, maximumfactuur, sociale derdebetalersregeling...) en er worden in die richting nog continu inspanningen geleverd.

Toch ervaren sommige gezinnen problemen om hun zorg te betalen. Ruim een gezin op zeven heeft omwille van financiële redenen zorg moeten uitstellen. De laatste jaren ondervinden steeds meer gezinnen problemen om hun uitgaven op het gebied van gezondheidszorg op zich te nemen. Bovendien heeft de economische crisis ervoor gezorgd dat ruim zes gezinnen op tien andere beslissingen op het gebied van gezondheidsuitgaven hebben moeten nemen en het zuiniger aan moeten doen.¹⁵⁹

159 P.H. KECKLEY *et al.*, 2011, *ibid.*

Die gezinnen moeten besparingen doen om toegang tot gezondheidszorg te behouden of moeten hun gezondheid op de tweede plaats zetten om op andere gebieden te overleven. Ze staan voor de keuze hun huur te betalen of zich te laten hospitaliseren, gezonde voeding of de voorschreven medicijnen te kopen enzovoort. Andere gezinnen doen enkel in uiterste nood een beroep op zorg. Bovendien maken gezinnen keuzes tussen de verschillende types zorg die ze nodig hebben: het uitstelprobleem betreft vooral zorg die als 'niet-prioritair' wordt beschouwd, zoals tandverzorging en de aankoop van bril/lenzen. Uitstel van zorg doet zich voor als het gedeeltelijk niet uitvoeren van zorg en geconfronteerd worden met 'gedwongen keuzes' die te wijten zijn aan ongunstige economische omstandigheden.

Sommige omstandigheden vormen een verhoogd risico voor problemen met de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg: jonge gezinnen, eenoudergezinnen, gezinnen met een laag opleidingsniveau of een laag beschikbaar inkomen... Ook gezinnen met hogere uitgaven voor gezondheidszorg en gezinnen met veel gezondheidsproblemen hebben een hogere kans om zorg omwille van financiële redenen te moeten uitstellen.

Als gevolg van de economische crisis heeft een steeds bredere laag van de bevolking met uitstel van zorg te maken. Veel mensen vinden het absoluut noodzakelijk dat er maatregelen worden genomen om het universele karakter van de ziekteverzekering in deze tijden van economische recessie te behouden.¹⁶⁰

De laatste jaren werd een aantal maatregelen genomen om de toegankelijkheid tot gezondheidszorg te verbeteren¹⁶¹. Meer bepaald, in de eerstelijnsgezondheidszorg, de uitbreiding van het VT-statuuut tot andere sociale klassen (langdurig werklozen, ongeacht hun leeftijd¹⁶² en eenoudergezinnen) sinds 1 juli 2010; de invoering op 1 april 2011 van de preventiemodule globaal medisch dossier (GMD+) die bestaat uit een check-up van de gezondheidstoestand bij de huisarts bij 45-75-jarigen die volledig terugbetaald wordt door de verplichte ziekteverzekering; de verbintenis van geconventioneerde huisartsen om op vraag van de patiënt vanaf 1 juli 2011 de sociale derdebetalersregeling toe te passen voor alle consultaties; de vermindering van de eigen bijdrage voor consultaties bij de huisarts, waardoor deze nog één euro bedragen voor de VT's met een globaal medisch dossier (GMD) en 1,50 euro zonder GMD, en dat vanaf 1 december 2011; ... Bovendien voorziet de recente gezond-

160 S. DEMAREST *et al.*, 2010, *ibid.*

161 Voor meer informatie, zie het hoofdstuk gewijd aan Programma's, maatregelen en initiatieven ter bevordering van de toegang tot medische zorgen en gezondheid.

162 Tot op vandaag betrof dit enkel langdurig werklozen van ten minste 50 jaar oud.

heidswet op de toegankelijkheid de creatie van een ‘statuut chronisch zieken’ en de verplichte toepassing van de sociale derdebetalersregeling voor houders van dit statuut en voor VT’ers vanaf 1 januari 2015.

Het beleid gericht op de prijsvermindering van geneesmiddelen waarvan het patent verlopen is of die sinds minstens 12 jaar op de markt zijn, gecombineerd met de aanmoediging van het voorschrijven en afleveren van goedkopere medicijnen (generische en originele die hun prijs hebben verlaagd), heeft een duidelijke invloed gehad op de remgelden die patiënten moeten betalen. Gemiddeld verminderde de eigen bijdrage op een dagelijkse medicijndosis met 30% tussen 2006 en 2011 voor medicijnen die in de apotheek werden gekocht.

Er werden nog meer maatregelen genomen, meer bepaald ten gunste van gratis preventieve tandzorg voor kinderen onder de 18 jaar sinds 1 mei 2009 (die maatregel was reeds sinds 1 september 2005 van kracht voor kinderen onder de 12 jaar en sinds 1 juli 2008 voor kinderen onder de 15 jaar).

Toch kan de financiële toegankelijkheid voor zorg nog verbeterd worden:

- Door de toegang tot rechten binnen de gezondheidszorg te blijven verbeteren en vergemakkelijken. Dit door de regelgeving te vereenvoudigen en door het debat te openen over de automatische toekenning van rechten, rekening houdend met de groeiende complexiteit van de wetgeving en de onvoldoende kennis van de sociaal-verzekerden en de professionele zorgverstrekkers die de weg kunnen kwijtraken in het doolhof van wetgevingen en administratieve rompslomp.
- Door parallel met de prestatiegeneeskunde het systeem van forfaitaire wijkgezondheidscentra te promoten, want die centra spelen duidelijk een grote rol in de toegankelijkheid van gezondheidszorg voor sociaaleconomisch kwetsbare personen.
- Door de inspanningen verder te zetten op het gebied van sensibilisering en het correct informeren van de sociaal-verzekerden over hun rechten en over de goedkoopste manier waarop ze een beroep op zorg kunnen doen. Hierbij is een grote rol weggelegd voor de mutualiteiten, hun consultants en sociaal assistenten door het voeren van sensibiliseringscampagnes, het verstrekken van informatie en advies, de begeleiding van hun leden in de administratieve procedures enzovoort. Maar die taak berust ook bij het geheel van partners in de medisch-sociale sector, de zorgverleners, de sociale diensten, de OCMW’s enzovoort.

Toegang tot zorg is bovendien nauw verbonden met de algemene levenskost. Door een hoge huurprijs, kosten voor voeding en kleding, kosten voor het onderwijs van de kinderen enzovoort hebben sommige gezinnen geen andere keuze dan gezondheidszorg uit te stellen. De toegang tot gezondheidszorg moet dus in een veel bredere context gezien worden en het beleid in verband met toegang tot de gezondheidszorg moet aan andere beleidsdomeinen worden gekoppeld (domein van huisvesting, onderwijs enzovoort). Die problematiek sluit ook aan op de totstandkoming van sociale ongelijkheden en machtsverhoudingen.¹⁶³ *‘De houding ten opzichte van gezondheid kan niet los worden gezien van de context waarin die zich ontwikkelt. Zo kunnen de “individualistische” benadering, waarbij het individu de verantwoordelijkheid draagt, en de “structurele” benadering, die de verantwoordelijkheid bij de sociale organisatie en de gezondheidsstructuur legt, niet los van elkaar worden gezien. We kunnen geen actiepijstes vermelden zonder het toegankelijkheidsprobleem in zijn sociale context te situeren (die deze veroorzaakt en reproduceert) en zonder te wijzen op het universele aspect van sociale bescherming, ondanks de selectieve toekenning van bepaalde maatregelen’.*¹⁶⁴

Als besluit citeren we Edmond LEBURTON, die in 1959 verklaarde: *‘Wat betreft het recht op gezondheid is het nodig te stellen dat elke mens de zekerheid moet hebben dat hij, ongeacht zijn afkomst, zijn toestand of zijn financiële draagkracht, in goede omstandigheden verzorgd zal worden en dat geld geen hinderpaal zou mogen zijn voor het verkrijgen van toegang tot bepaalde vormen van gezondheidszorg’.*¹⁶⁵

163 P. MARTIN, ‘Première table ronde: santé et droits’ (Eerste rondetafelgesprek: gezondheid en rechten) in *Accès à la santé: droits et réalités* (Toegang tot gezondheid: rechten en realiteit), Notulen van het colloquium van 16 december 2002, georganiseerd door Solidarités Nouvelles Bruxelles, Brussel, Les cahiers de la santé van de Franse Gemeenschap, 2002, 13-15.

164 P. MARTIN, 1999, *ibid.*

165 E. LEBURTON, ‘Le droit à la santé’ (Het recht op gezondheid), uiteenzetting op het congres van de Belgische Socialistische Partij, Brussel, 19 september 1959.

E. De nieuwkomers

Marianne PRÉVOST, Fédération des maisons médicales
Nele GERITS, Jan DE MAESENEER, Els BARTHOLOMEEUSEN, Vereniging van
Wijkgezondheidscentra

Met medewerking van Valérie ALALUF, Mima DEFLORES, Benjamin FAUQUERT,
Gilles HENRARD, Michel ROLAND, Marie-Jeanne WUIDAR, dokters in wijkge-
zondheidscentra

Met getuigenissen uit de wijkgezondheidscentra De Sleep, Rabot, Botermarkt
en Nieuw Gent

Abstract

Migranten en etnische minderheden (MEM) moeten met tal van problemen afrekenen om toegang te verkrijgen tot het gezondheidszorgsysteem. Personen zonder verblijfsvergunning worden in dit artikel niet specifiek behandeld, want hun problemen komen reeds in een ander hoofdstuk aan bod.

Door middel van diverse getuigenissen van wijkgezondheidscentra/maisons médicales beschrijven we enerzijds de specifieke gezondheidsproblemen van deze bevolkingsgroep, anderzijds de problemen waarmee die groep te maken krijgt bij het vinden van de weg naar de gezondheidszorg. Wat de gezondheidsproblemen betreft, maken we een onderscheid tussen lichamelijke problemen en psychosociale problemen.

De lichamelijke gezondheidsproblemen die MEM vertonen, zijn vaak complex en het aantal psychosociale problemen is erg hoog. De belangrijkste oorzaak moet worden gezocht in het immigratieparcours en de bijzonder hachelijke sociaaleconomische situatie waarin velen zich bevinden.

De problemen inzake toegang tot de gezondheidszorg zijn voornamelijk te wijten aan:

- 1. communicatieproblemen en culturele verschillen*
- 2. het niet op de hoogte zijn van het gezondheidssysteem*
- 3. financiële problemen*
- 4. onthaalproblemen bij de gezondheidsdiensten*
- 5. administratieve problemen*

Om die problemen aan te pakken, is een geïntegreerde benadering noodzakelijk, waarbij de nadruk wordt gelegd op zowel lichamelijke, psychische als sociaaleconomische factoren. Men moet een breder inzicht hebben in het gezondheidssysteem in zijn geheel om ongelijkheden te bestrijden en een betere samenwerking te verkrijgen tussen de eerste en de tweede lijn. De wijkgezondheidscentra (en maisons médicales) met hun pluriforme, wijkgerichte en interdisciplinaire werkwijze in een toegankelijke struc-

tuur, lijken een antwoord te bieden op de bovenstaande problemen. We benadrukken het belang van een niet-selectieve en niet-categoriale aanpak. Wijkgezondheidscentra zijn voor alle bevolkingslagen toegankelijk en besteden bijzondere aandacht aan de obstakels die de toegang belemmeren (administratieve, financiële, culturele, ...).

1. Inleiding

Dit artikel biedt een overzicht van de problemen inzake toegang tot gezondheidszorg voor personen die onder de noemer 'migranten en etnische minderheden' (MEM) kunnen worden gebracht, een concept dat niet verwijst naar de nationaliteit, maar naar de afkomst van personen. Dat concept stemt overeen met de benaderingswijze van de WHO-Europa (2010) en wordt gebruikt in het onderstaande onderzoek van ETHEALTH¹⁶⁶, waarin gepreciseerd wordt dat de term 'etnische minderheid terugslaat op diverse etnische groepen van een buitengewone heterogeniteit. Dit concept wordt gebruikt voor groepen die een minderheidsstatus delen in het land waar ze verblijven, door hun etnische afkomst, hun geboorteplaats, hun godsdienst, hun staatsburgerschap en andere culturele verschillen.'

We hebben het hier niet over de zorgtoegang voor personen zonder wettig verblijf, want die hebben hun eigen specifieke administratieve problemen.

Die problematiek wordt in een ander hoofdstuk van dit dossier besproken. Heel wat problemen van de MEM en personen zonder wettig verblijf zijn gemeenschappelijk, ongeacht hun verblijfsstatus, zoals we in de onderstaande vaststellingen zullen uiteenzetten.

Die vaststellingen zijn gebaseerd op talrijke contacten met medewerkers van maisons médicales/wijkgezondheidscentra (artsen, verplegend personeel, sociaal assistenten, onthaalmedewerkers, gezondheidspromotoren, interculturele bemiddelaars, ...); de casussen en citaten zonder verwijzing werden verzameld tijdens individuele gesprekken, gevoerd in het kader van dit artikel, met artsen en andere zorgverstrekkers van maisons médicales en wijkgezondheidscentra die erg vaak geconfronteerd worden met de medische begeleiding van MEM en die *de facto* een praktijkgerichte ervaring en bekwaamheid hebben.

¹⁶⁶ V. LORANT, I. DERLUYN, M. DAUVRAIN, I. COUNE en H. VERREPT, *Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden*, december 2011, <http://www.health.belgium.be>.

2. Gezondheidsproblemen specifiek voor MEM

Tot dusver bestaat er geen enkel sluitend epidemiologisch en demografisch overzicht van de gezondheidsproblemen van de bevolkingsgroepen die van buiten België afkomstig zijn. Diverse onderzoeken tonen echter aan dat de algemene gezondheidstoestand van die groep minder goed is dan die van de Belgische bevolking. De oorzaken moeten we vooral zoeken in slechte werk-omstandigheden, problemen verbonden aan het statuut of het achtergestelde sociaaleconomische milieu waartoe ze behoren.¹⁶⁷

Dat wordt door talrijke zorgverstrekkers van wijkgezondheidscentra bevestigd. In de praktijk stellen ze vast dat een groot deel van de lichamelijke gezondheidsproblemen bij MEM te wijten is aan sociaaleconomische factoren (zoals levensstijl, huisvesting, werkomstandigheden) en dat de psychische problemen veroorzaakt worden door factoren die specifiek zijn aan migratie, zoals het migratieparcours, discriminatie, uitsluiting enzovoort.

2.1 Lichamelijke gezondheidsproblemen

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad vermeldt in het bijzonder¹⁶⁸:

- een bijzondere kwetsbaarheid bij mensen afkomstig uit Sub-Saharisch Afrika, zowel in de perinatale periode: hoge graad van prematuriteit en foetale en kindersterfte, als op volwassen leeftijd: hoge sterftegraad verbonden aan infecties die in de landen van herkomst werden opgelopen (aids, hepatitis), cerebrovasculaire accidenten, diabetes en ongevallen;
- een hogere frequentie van obesitas en diabetes bij Marokkaanse en Turkse vrouwen, in de hand gewerkt door bepaalde voedingsgewoonten en een gebrek aan lichaamsbeweging. Die pathologieën worden ook in de landen van herkomst vastgesteld, maar kunnen uitgesproken zijn door het eetgedrag dat voortvloeit uit ontworteling en sedentair leven – op zijn beurt een gevolg van in zichzelf teruggetrokken zijn en gebrek aan werk.

167 B. VAN ROBAEYS, J. VRANKEN, N. PERRIN en M. MARTINIELLO, *Armoede bij personen van buitenlandse herkomst: rapport van een onderzoek over de relatie tussen migratie en armoede*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, 2007.

168 Boordtabel gezondheid in het Brussels Gewest 2010, Observatorium voor gezondheid en welzijn in het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest.

Toch willen we opmerken dat, behalve in de perinatale periode, de Brusselaars van Marokkaanse afkomst een minder hoge mortaliteit hebben. De oorzaak daarvan zijn bepaalde gewoonten die goed zijn voor de gezondheid (het regelmatig eten van fruit en vis, het lage alcohol- en tabaksverbruik).

De indicatoren vastgesteld bij de Turkse bevolking leunen dicht aan bij die van de Marokkaanse bevolking, maar wel met een hogere graad van tabaksmisbruik bij mannen en een grotere prevalentie van depressie bij vrouwen.

Die vaststellingen worden bekrachtigd door de ervaringen van de zorgverstrekkers in de wijkgezondheidscentra. Zij vermelden ook nog onder meer osteo-articulaire aandoeningen, rugklachten, tendinitis (vaak gerelateerd aan obesitas...) en problemen met de spijsvertering, de tanden, ...

Dokters van de Wereld zag diezelfde problemen tijdens de consultaties bij mensen zonder papieren. Deze klachten zijn te wijten aan de werkomstandigheden die bij niet-gereguleerde arbeid bijzonder zwaar zijn en aan de woonomstandigheden, met veel in een kleine ruimte, wat het overbrengen van infectieziekten in de hand werkt. De personen die door DVDW worden gevolgd, bevinden zich wat de toegang tot de gezondheidszorg, dagelijks leven en veiligheid betreft, uiteraard in een veel moeilijker situatie dan de personen die met hun verblijfsvergunning in orde zijn.

Het spreekt vanzelf dat de legalisering van het statuut niet automatisch leidt tot een aanzienlijke verbetering van de levensomstandigheden, noch de kans op deftig werk noch een verbetering van de psychische geestestoestand.

Vaak stellen zorgverleners complicaties vast die te wijten zijn aan ziekten zoals hypertensie, diabetes enzovoort, door gebrek aan goede screening, behandeling en opvolging.

Artsen geven aan dat ze problemen ondervinden omdat er geen richtlijnen zijn voor het screenen van deze groep patiënten, meer specifiek voor ziekten zoals hiv, hepatitis en tuberculose. Wie moet worden onderzocht, waarom en wanneer?

Dat geldt ook voor de preventieve geneeskunde: de vaccinatiestatus van de MEM is vaak erg slecht. Ze weten niet welke vaccins ze reeds hebben gehad en doorgaans beschikken ze niet over een inentingsboekje. Dat betekent dat alle vaccins volgens het vaccinatieschema moeten worden hernieuwd.

We stellen vast dat bepaalde patiëntengroepen specifieke medische problemen hebben die bij westerse artsen onbekend zijn, zoals complicaties te wijten aan genitale vermindering.

2.2 Psychosociale problemen

Zorgverstrekkers melden dat bepaalde personen zich na hun regularisatie nog meer gedeprimeerd en angstiger voelen. De soms erg lange wachttijd was enkel draaglijk door het uitzicht op een betere toekomst. Sommigen hebben maanden of zelfs jaren in de illusie geleefd dat alle deuren zouden opengaan zodra ze de vereiste papieren in handen zouden hebben, wat uiteraard niet het geval is. Ze moeten opnieuw met problemen afrekenen waar ze voordien nooit over hadden nagedacht, zoals werk, huisvesting, integratie, deel uitmaken van de Belgische maatschappij.

Het onbehaaglijke gevoel ter plaatse te blijven trappelen, geen andere toekomst te hebben dan te proberen overleven, kan lang aanslepen:

‘De mensen die ik volg, zijn tussen de 2 en 15 jaar in België, maar ze blijven lange tijd in de situatie van nieuwkomer. Hun verhaal is er een van hinderenissen die stuk voor stuk moeten worden genomen, zoals de treden van een reusachtige trap: zwartwerk, administratieve regularisatie, het zoeken naar huisvesting, de gelijkstelling van het diploma, het zoeken naar werk,...’

‘Deze ochtend ontving ik een Portugese vrouw die ik al 2 jaar niet meer had gezien. Ze heeft uiteenlopende klachten en is extreem vermoeid. Precies dezelfde klachten als twee jaar geleden. Ik heb haar gevraagd of ze intussen ergens anders op consultatie was gegaan: neen, ze had het volgehouden, maar nu was ze helemaal op. Ze doet strijkwerk, de hele dag door. Deze mensen die als dienstenchequewerknemer werken – bijna altijd buitenlanders – zien niemand, hebben vaak de sleutel, krijgen geen enkele feedback, geen enkele erkenning. Het is allemaal heel onpersoonlijk. Een andere patiënte, een poetsvrouw op een school, verklaart dat “het ergste is dat er niemand naar haar kijkt en dat ze de enige is die Fatima wordt genoemd, terwijl de anderen met mevrouw of mijnheer worden aangesproken”’

Het in Europa gevoerde onderzoek van ETHEALTH stipt aan dat ‘MEM van Turkse of Marokkaanse afkomst en Zuid-Europese onderdanen een hoger risico hebben op een slechte subjectieve gezondheid en chronische aandoeningen dan de Belgische bevolking, en eveneens op het ontwikkelen van een ernstige depressie of een chronisch angstsyndroom. Gelijkaardige resultaten zijn ook in andere landen waargenomen.’

In het onderzoek van ETHEALTH wordt een essentieel aspect benadrukt: de verschillen in de gezondheidstoestand tussen de autochtone bevolking en de

MEM, vastgesteld in diverse Europese landen, 'zijn grotendeels te wijten aan een slechtere sociaaleconomische context'. Ze herhalen dat 'alle onderzoeken er steeds opnieuw op wijzen (...) dat er enerzijds een link is tussen de sociaaleconomische status en de gezondheid en anderzijds dat er bij de MEM op sociaaleconomisch niveau een veel grotere onzekerheid bestaat'.

We benadrukken dat dit feitelijke gegeven vandaag volkomen aanvaard en be-
wezen is en van toepassing is op alle bevolkingsgroepen, ook lokale.

De zorgverstrekkers van de maisons médicales/wijkgezondheidscentra onderstrepen ook dat onzekerheid en armoede factoren zijn die een minder goede gezondheidstoestand en een moeilijkere toegang tot de gezondheidsdiensten bepalen, ongeacht de afkomst of de nationaliteit van de patiënten. De verstrengeling tussen armoede en afkomst komt bij die interveniënten sterk naar voren. Dus zelfs wanneer de factor afstamming op het eerste gezicht wordt aangeroerd, wordt al snel gepreciseerd dat 'er niet echt heel specifieke zaken zijn... Het is veeleer de onzekerheid die speelt. Nieuwkomers belichamen een paroxistische situatie en een opeenstapeling van lichamelijke en mentale morbiditeit'.

De MEM die beroep doen op de maisons médicales/wijkgezondheidscentra maken meestal deel uit van de minst bedeelde van de patiëntenpopulatie, welke in zijn geheel een lager sociaaleconomisch niveau heeft dan het Belgische gemiddelde.

Toch spelen bij de MEM sociaaleconomische factoren een meer doorslaggevende rol: enerzijds omdat ze andere kwetsbare aspecten omvatten, anderzijds omdat ze het slachtoffer zijn van specifieke discriminatie, buiten het gezondheidssysteem, maar ook van het systeem zelf (zie *infra* voor dat laatste aspect).

De specifieke discriminaties in het maatschappelijke leven zijn welbekend en komen hier niet aan bod. We moeten echter wel in het achterhoofd houden dat die een globaal en diep gevoel van onbehagen kunnen veroorzaken, dat een invloed heeft op het geheel van sociale contacten, met inbegrip die in de medische wereld:

'Er zijn mensen die met een verkoudheid komen en zeggen "ik ga dood", of een andere, zoals vandaag, die enkel "een doktersbriefje komt halen" en te midden van de consultatie in tranen uitbarst. Er is altijd meer aan de hand, de levensomstandigheden bijvoorbeeld... Ik heb het erg moeilijk met luidruchtige uitingen van pijn; dus ga ik een beetje achteruitzitten, maar

dan heb ik de indruk dat ik niet meer luister. Niets zeggen is trouwens al net zo lastig als te veel zeggen... Sommigen overstelpen me met een eindeloos gepalaver over hun pijnen; en het is moeilijk om hen zover te krijgen over de achterliggende reden te spreken. Er zijn zoveel zaken, en soms zorgt een onnozele verkoudheid ervoor dat iemand instort.'

'Het heeft ook met communicatie te maken: sommigen voelen misschien de behoefte om te overdrijven teneinde gehoord te worden, want ze zijn het niet gewoon dat er naar hen geluisterd wordt. Of ze vinden de juiste woorden niet en kunnen zich slechts half verstaanbaar maken, ze herhalen en herhalen...'

'Het zijn mensen die hun mond moeten houden, overal, en als ze dan al eens mogen spreken, dan komen de woorden als een waterval naar buiten... Het is een beetje het omkeren van de rollen, ze worden overal geknecht en wij zijn de enige plek waar ze kunnen praten, dus vanaf het moment dat ze een gaatje zien, maken ze daar volop gebruik van.'

Zoals hierboven beschreven, vormen de MEM een erg heterogene groep voor wie toegang tot de gezondheidszorg erg uiteenlopend is. Behalve de hierboven aangehaalde pathologieën melden de artsen ook problemen van psychische aard, die het gevolg zijn van de moeilijkheden tijdens het migratietraject. Het is belangrijk om daar even bij stil te staan, want betrokkenheid is noodzakelijk om daarmee om te gaan. Sterker zelfs, wanneer de pratici een dergelijke betrokkenheid niet hebben, bestaat het risico dat ze ook niet juist behandeld worden.

Dat traject is vaak een 'echt gevecht', waarbij de betrokkenen hun wens om zich in België te vestigen, moeten rechtvaardigen en bewijzen moeten leveren die hun asielaanvraag verdedigen – bewijzen die vaak onmogelijk te leveren zijn. De wachttijd is vaak erg lang. Het gevoel de speelbal van de willekeur te zijn, de angst voor de toekomst en de moeilijkheid om zich een beeld van die toekomst te vormen, laten blijvende sporen na en leiden bij sommigen tot een gevoel van onveiligheid en wantrouwen dat nog jarenlang kan aanslepen.

'Ik heb een jonge patiënt uit Mauritanië, die erg goed Frans spreekt en in zijn land professor was. Hij wacht sinds 2-3 jaar op zijn papieren. Ik heb geen communicatieproblemen met hem en hij is goed op de hoogte van het gezondheidssysteem. Hij lijdt aan angstaanvallen die hem soms op spoedgevallen doen belanden. Hij heeft Mauritanië per boot verlaten en is met een Marokkaanse schipper de Atlantische Oceaan overgestoken. Tijdens die reis kwam het tot rellen aan boord, twee personen werden overboord

gegoooid en verdronken... Na aankomst in Spanje heeft hij in erg slechte omstandigheden gewerkt en kreeg hij met de politie te maken... Zijn asiel-aanvraag in België is een lang proces, een ondoorzichtig kluwen. Het lastigste voor hem, zegt hij, is België: zwaarder dan de overtocht over de oceaan en de razzia's van de Spaanse politie. Hij slaagt er niet in zich een beeld van de toekomst te vormen, "ik ben niemand" – en naar zijn land terugkeren is onmogelijk, hij zit klem. Hij verliest zijn moed, zijn levensdrang. Ik hoop dat hij aanvaard zal worden, maar ik vrees dat hij door deze lijdensweg voor altijd getekend zal zijn...'

'De uiteenlopende ervaringen tijdens het ballingschapsparcours van deze nieuwkomers, het zware werk om met één inkomen meerdere familieleden in België en eventueel ook in het thuisland te onderhouden, door 10u per dag te werken of door twee jobs te combineren, drijft echtparen of ouders soms uit elkaar. Het is moeilijk om stabiliteit te brengen in de situatie van jonge vrouwen met kind die, gescheiden van hun partner/man, de hele migratietocht in hun eentje hebben gemaakt. De verhalen van die migratietocht, de vaak definitieve scheiding van broers en zussen, zorgen voor een precaire emotionele toestand en zijn al te vaak de oorzaak van het feit dat mensen zich ziek voelen; de bron van de ziekte is soms moeilijk te achterhalen. Ik heb in die omstandigheden bijvoorbeeld een vrij zware zwangerschap psychologisch begeleid.'

Psychologische gevolgen gelieerd aan het verblijf in een gesloten centrum in België komen heel frequent voor: ze worden veroorzaakt door het dicht op elkaar zitten, intimidaties en onzekerheid over de toekomst. Voor sommigen eindigt het immigratietraject in een sociale declassering waarmee moeilijk te leven is. Een deel van de migranten maakte in het thuisland deel uit van de hogere middenklasse, iets wat vaak vergeten wordt omdat ervan uitgegaan wordt dat het de minstbedeelden zijn die hun land willen verlaten. Maar men moet erg veel eigen middelen hebben en vindingrijk genoeg zijn om zich op het pad van de migratie te begeven. Hier aangekomen valt alles in duigen: de hoop nog terug te gaan, om aanzien te verwerven, ze hebben tijd nodig om te herstellen. Enkele voorbeelden: een apotheker uit Irak die hier lessen Frans volgt in het gezelschap van analfabeten; een vrouwelijke ingenieur uit Rusland die hier in een wasserij werkt – ze heeft het plan om haar studies te hervatten moeten opgeven en uiteindelijk ook elke hoop op maatschappelijke progressie.

Die trajecten hebben een impact, niet alleen op de gezondheidstoestand, maar ook op de manier waarop een persoon reageert op de ze lichamelijke klachten. Die reactie is soms ondoorgrondelijk en geeft de arts een gevoel van machteloosheid:

‘Ik denk aan een Tsjetsjeense man van 60 jaar, geregulariseerd. Hij spreekt geen Frans en ik doe steeds beroep op een tolk. Zijn verleden is pijnlijk, met ongetwijfeld confrontatie met politie en militairen... Hij heeft er niks over willen vertellen. Zijn klachten situeren zich ter hoogte van de longen en de borst. We hebben alle onderzoeken gedaan, hem naar specialisten verwezen: er is geen probleem van de longen. Er werd wel een hartritmestoornis vastgesteld en er werden bloedverduunners voorgeschreven. We hebben hem alles goed uitgelegd, maar misschien was het idee van “het verdunnen van het bloed” voor hem onbegrijpelijk of ondraaglijk... Hij bleef gefocust op zijn longen, nam zijn medicijnen onregelmatig in en ging niet op controle; in die mate zelfs dat ik de cardioloog gevraagd heb of het niet gevaarlijker was hem te behandelen dan de zaken op hun beloop te laten... Ik heb geprobeerd iets over zijn verleden te weten te komen, maar wellicht is hij in het verleden te vaak ondervraagd, heeft hij meerdere keren zijn verhaal moeten doen, in andere contexten, meer bepaald om in België aanvaard te worden. Ik ben er niet in geslaagd een band te creëren die voldoende veilig was om hem over zichzelf te praten, over die grote pijn die hij diep vanbinnen voelt en die hij ter hoogte van de longen situeert. Ik denk dat zijn traject hem een essentiële, onervulbare behoefte heeft gelaten, die om als slachtoffer te worden erkend. Het inschakelen van een tolk is een prima idee, maar het is niet voldoende om hem zijn verhaal te laten vertellen. Het is een kwestie van het juiste moment, een goede relatie, een inspelen op lichaamstaal... Het is een zeer moeilijke opdracht.’

‘Een van mijn patiëntes is een jonge Tsjetsjeense vrouw die mishandeld werd. Zij werd geregulariseerd. Ze somatiseert en doet aan zelfverminking... Ze komt steeds met een reeks klachten en de vraag om medicatie. Haar houding ten opzichte van haar lichaam is sterk verstoord.’

‘De oudste personen zijn de meest kwetsbare. Zelfs al krijgen ze financiële of praktische hulp, ze zijn vaak geïsoleerd. Ze leren moeilijk de taal en zijn minder mobiel te bewegen. Ze zijn bijna gevangenen van hun oorspronke-

lijke cultuur, in een wereld die hen compleet vreemd is. Dit zorgt voor vele bias als ze chronische zorg nodig hebben zowel bij de coördinatie van een langdurige follow-up door meerdere specialisten, bij de aanpassingen van de behandeling, de discussies over de noodzaak van een zware behandeling (dialyse bijvoorbeeld) of een operatie. Gezondheidswerkers of mensen uit hun gemeenschap hebben of nemen niet de tijd om zich over hen te ontfemen. Vaak hebben we te maken met arbitraire beslissingen, hiaten in de uitleg, onbegrip.'

Om die ingewikkelde gezondheidsproblemen van de MEM aan te pakken, is een integrale benadering nodig, waarbij zowel op het lichamelijke als op het psychische en sociaal-economische aspect wordt gefocust. Een multidisciplinaire samenwerking, zoals dat het geval is in de wijkgezondheidscentra, vergemakkelijkt die integrale aanpak. Naast huisartsen, verplegend personeel en fysiotherapeuten beschikken talrijke centra ook over de mogelijkheid patiënten door te verwijzen naar een psycholoog en/of sociaal assistent die binnen hetzelfde centrum werkt.

De aanpak mag niet enkel op het individu gefocust zijn, maar moet zich ook richten op specifieke MEM-groepen. Zo is het bijzonder belangrijk dat de groepen er zich bewust van zijn dat het leren van de taal primordiaal is (via bijvoorbeeld de Huizen van het Nederlands of de diverse verenigingen die taalcursussen organiseren in Brussel en het Waalse Gewest, en die vaak gefinancierd worden in het kader van Permanente vorming of Sociale cohesie).

Men kan zich niet beperken tot 'reactieve verzorging', maar men moet de 'upstream causes' van een ziekte of een ziek voelen voor ogen hebben. Waar eenzaamheid een groot deel van het probleem is, concentreren de wijkgezondheidscentra in Vlaanderen, Brussel en het Waalse Gewest zich voornamelijk op een strategie die erop gericht is de sociale cohesie op buurtvlak te versterken. Een van de concrete acties is bijvoorbeeld het organiseren van fietscursussen voor volwassenen en jongeren, waardoor ze mobieler worden, ze aangespoord worden om meer te bewegen en bijdragen tot de sociale cohesie. Als er binnen specifieke groepen specifieke problemen optreden, dan kan een 'community-oriented primary care' nuttig zijn als aanpak.¹⁶⁹

'In ons wijkgezondheidscentrum werden we geconfronteerd met een schurft-epidemie bij een groep MEM. Een huisbezoek bracht aan het licht dat de epidemie verband hield met de levensomstandigheden: verschillende ma-

169 R. HYNE, R. BOGUE, G. KUKULKA en H. FULMER, *Community-Oriented Primary Care: health care for the 21st Century*, Washington, American Association for Public Health, 1998.

trassen in het kraakpand werden door meerdere personen beslapen, waardoor de epidemie zich snel kon verspreiden. Door de samenwerking tussen huisartsen, verplegend personeel, sociaal assistenten en een gezondheidspromotor konden alle betrokkenen snel en systematisch worden behandeld. Dankzij de medewerking van apothekers beschikten we over voldoende zelf om deze huidaandoening te behandelen. Toen de voorraden uitgeput waren, konden die voldoende worden aangevuld dankzij een samenwerking met de gezondheidsdienst van Gent en de Huisartsenfederatie. Tegelijk werden meertalige folders verspreid waarin de oorsprong, de verspreiding en de behandeling van de aandoening werden uitgelegd. Op die manier slaagde men erin de epidemie voor de aanvang van het schooljaar in september te bedwingen. Om de onderliggende oorzaken van de epidemie op te lossen, werd ook de toestand van de woning van deze groep aangepakt.'

3. Problemen met toegang tot zorgverlening

3.1 Problemen die verband houden met communicatie en culturele verschillen

Communicatie is zoals we boven reeds vermeldde, een belangrijk element voor de zorgrelatie in de algemene geneeskunde. Taalproblemen zijn een belangrijke remmende factor, niet alleen voor de toegankelijkheid, maar ook voor de kwaliteit van de zorgverlening: zorgverlening aan bevolkingsgroepen die geen van de nationale talen spreken, leidt tot problemen en grote risico's in de medische besluitvorming, in de kwaliteit van de zorgverlening en binnen de therapeutische relatie. In België wordt met die situatie op een heterogene en onbevredigende manier omgegaan. Hoewel sommige ziekenhuizen over interculturele bemiddelaars beschikken, ontbreken ze in talrijke ambulante diensten (onderzoek ETHEALTH).

Sinds 1999 financiert de FOD Volksgezondheid interculturele bemiddelaars in algemene ziekenhuizen en psychiatrische instellingen. Een evaluatie, opgemaakt in de beginfase, bracht bepaalde moeilijkheden aan het licht, waaruit duidelijk bleek dat die tegemoetkoming niet vanzelfsprekend was: 'in de meeste ziekenhuizen blijft het aantal tussenkomsten van de bemiddelaars laag. De werking zelf van het ziekenhuis vergemakkelijkt de organisatie en planning van die tussenkomsten uiteraard niet. Maar het lijkt er toch vooral op dat veel zorgverleners het belang van het taal- en cultuurobstakel minimaliseren en zich bijzonder terughoudend opstellen bij de komst van de bemiddelaar, die ze ervaren als een bemoeienis, een twijfelen aan hun bekwaam-

heden, hun patiëntenaanpak en zelfs hun privileges'.¹⁷⁰ Die problemen zijn wellicht sindsdien afgezwakt, vooral dankzij de opleidingen over het werk van interculturele bemiddelaars voor het ziekenhuispersoneel.

Onlangs signaleerde de ombudsman (bevoegd voor alle klachten in verband met gezondheidszorg) van een universitair ziekenhuis dat de interculturele bemiddelaars vooral Turks en Arabisch spreken, wat dus niet alle behoeften op taalgebied dekt. Die bemiddelaars worden trouwens overbevraagd, net als de artsen die verplicht zijn meer en kortere consultaties te houden. Om die reden wordt de tussenkomst van de culturele bemiddelaar, hoe bekwaam en betrokken hij ook is, niet gevraagd bij medische problemen die niet ernstig zijn, waarbij geen duidelijk misverstand of uitgesproken meningsverschil is. Toch blijkt vaak dat de patiënt het niet goed begrepen heeft, maar dat niet durft te zeggen, of denkt het begrepen te hebben en naderhand opheldering zoekt bij zijn omgeving.

De ombudsman vond trouwens dat de patiënten die geen Turks of Arabisch spreken, maar een dierbare moesten meebrengen die voor hen kon vertalen.

Die beschouwing kan op het eerste gezicht misschien evident lijken; maar we kunnen omgekeerd ook stellen dat een gastland de taak heeft om de informatieverstrekking zo efficiënt mogelijk te organiseren, een kwestie van zowel menselijkheid als van kostprijs-efficiëntie. (Want misverstanden kunnen leiden tot vergissingen in de voorgeschreven behandeling en een verslechterde toestand kan leiden tot hogere kosten...) En, zo melden ons de zorgverleners van de wijkgezondheidscentra, de tussenkomst van een dierbare voor het vertalen tijdens een consultatie is absoluut geen garantie voor de kwaliteit van de therapeutische relatie. Bovendien kan de vertaling door een kind de kind-ouderrelatie grondig verstoren en werpt de vraag van confidentialiteit zich op.

De SETIS¹⁷¹ heeft tolken voor veel verschillende talen ter beschikking. De zorgverleners die we in de wijkgezondheidscentra ontmoetten, doen regelmatig beroep op hen want 'dat bespaart ons terugkerende en onnodige consultaties'. De financiering gebeurt niet door de patiënt. Sommige tolkdiensten zijn gesubsidieerd, in andere gevallen betaalt de organisatie die op hen beroep doet.

170 H. VERREPT, A. PERISSINO en A. HERSCOVICI, *Interculturele bemiddeling in de ziekenhuizen*, Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling – Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, augustus 2000, geciteerd door Alain Cherbonnier, Brussel Gezondheid > Tolken en interculturele bemiddeling in een sociomedische context en in ziekenhuizen.

171 In Vlaanderen: Babel of provinciale/stedelijke tolkininitiatieven.

De rol van die tolken wordt unaniem geprezen: de tolken doen meer dan vertalen alleen, het zijn ook cultuurbruggenbouwers.

Dat inzetten van tolken vraagt een zekere organisatie: er moet een afspraak met de tolk worden gemaakt en soms moet de consultatie wat uitgesteld worden afhankelijk van de beschikbaarheid van de tolk. Sommige labiele patiënten, vooral degenen die met grote psychische problemen kampen, komen op de afgesproken dag niet opdagen en alles moet worden herbegonnen...

‘Het is eenvoudig om door SETIS geholpen te worden, zowel telefonisch als bij aanvragen voor een tolk die ter plaatse komt. Maar in het vuur van de strijd gebeurt het zelden dat ik dat bij een eerste contact ook daadwerkelijk doe. Ofwel moet je in de eerste plaats luisteren naar de acute klachten die een medische consultatie rechtvaardigen en die tijdens het gesprek met de patiënt naar voren komen, ofwel moet je eenvoudigweg een vordering tekenen voor de aanvraag van een medische kaart voor Dringende Medische Hulpverlening bij het OCMW, wat snel kan gebeuren, zonder in detail te treden wat de medische behoeften betreft. In elk geval zal het begrijpen van de gezondheidsproblemen van de persoon en het bijbehorende onderzoek steeds minstens 3 of 4 consultaties vergen, tenzij je meteen al 4 uur uittrekt! De eerste consultatie eindigt altijd met het vastleggen van een volgende afspraak. Die afspraken zullen met of zonder tolk plaatshebben. De tolk is dan een kennis of een verwant (of een kind!), wat verre van ideaal is, of een semiprofessionele tolk van SETIS, die de patiënt aan het einde van de consultatie telkens weer uitgebreid zal bedanken.’

Wanneer zorgverleners een patiënt moeten doorverwijzen naar een specialist of naar een ziekenhuis voor onderzoek, zullen ze een tolk van SETIS inschakelen als de taal van hun patiënt niet binnen de taalcombinaties van de interculturele bemiddelaars van het ziekenhuis valt. Toch is dat allemaal niet vanzelfsprekend: je moet plannen, aandringen en het is niet altijd naar de zin van de patiënt.

Het is dus niet evident om een tolk van SETIS in te schakelen. De dokters van de wijkgezondheidscentra zijn van mening dat dat nog veel moeilijker is in een eenmanspraktijk, waar het ook nog eens moeilijker is om de bijbehorende kosten op te vangen. Bij hun weten maken alleenwerkende dokters slechts zelden gebruik van deze dienst, die vaker gevraagd wordt door maisons médicales/wijkgezondheidscentra en verenigingen. Dat houdt uiteraard een groot probleem in voor de toegankelijkheid van de zorgverlening.

Tolken en interculturele bemiddelaars zijn belangrijk, temeer omdat 'de noodzaak een beroep te doen op een interculturele bemiddelaar niet afneemt naarmate het verblijf langer duurt', zoals de auteurs van het ETHEALTH-onderzoek benadrukken (NIERKENS *et al.* 2002). De zorgverleners in de wijkgezondheidscentra bevestigen dat de communicatie soms moeilijker is met mensen die de taal min of meer goed spreken:

'Je denkt dat ze het begrijpen en uiteindelijk sloof ik me met hen vaak minder hard uit dan met wie er duidelijk niks van begrijpt... Maar dat is niet altijd de juiste aanpak: ze antwoorden "ja" op alle vragen. Als ik twijfel, stel ik de vraag opnieuw en dan merk ik vaak dat hun antwoorden niet coherent zijn. In feite begrijpen ze het niet goed, maar dat zeggen ze niet.'

Patiënten kunnen uiteraard met een familielid komen dat in staat is om te vertalen en vaak doen ze dat ook. Maar dat is niet altijd de beste oplossing:

'Er kwam een Marokkaanse grootvader op consultatie, die zich bij zijn familie in België had gevoegd. Hij komt regelmatig met zijn kleinzoon, maar op een dag kreeg ik het gevoel dat ik hem zonder zijn familie moest spreken, al was het maar één keer. Ik heb een tolk ingeschakeld: hij heeft me zijn hele leven verteld!'

'Met een tolk ben ik explicieter... Ik zeg vaak "wat hebt u begrepen?", want mensen die de taal een beetje spreken, zeggen nooit dat ze het niet begrepen hebben. Ze zeggen "ja ja", uit beleefdheid of uit schaamte...'

'Ik heb een patiënte van 70 jaar, een echte "dame" met klasse. Ze is Afghaanse, christen en spreekt de taal niet. Haar zoon vertaalt. Ze wil hoe dan ook dat ik telkens weer haar bloeddruk neem. Daar heb ik genoeg van, maar ik kan niet weigeren, niet telkens weer... Vaak vraag ik me af wat haar verhaal is. Ik zou graag een ander contact met haar hebben, een andere manier om haar te begrijpen... Maar dan zou ik de indruk hebben respectloos te zijn, een indringer. En omdat het haar zoon is die vertaalt, ligt het nog gevoeliger.'

'Mijn patiënte komt uit Congo en spreekt erg slecht Frans. Ze heeft flebitis in het been. Ik moet zelf een afspraak maken voor de radiografie en de verpleegster moet elke dag langsgaan om haar een injectie te geven. Deze patiënte is immers weinig mobiel en het zou veel te moeilijk zijn haar uit te

leggen hoe ze zichzelf de injectie kan toedienen en er zeker van te zijn dat het ook goed gebeurt.'

'Er zijn ook de jonge Marokkaanse meisjes die men uit het land laat overkomen om hier te trouwen. Vaak zijn ze op het vlak van seksuele relaties erg geremd. Laatst kwam er eentje, meegebracht door haar man en haar schoonmoeder, mensen die ik goed ken en die ik sinds lange tijd volg. Het jonge meisje spreekt de taal niet en de anderen vertalen, maar ze hebben een aparte positie en het meisje is bang. Het is haar eerste contact met een Belgische dokter en het betreft intieme kwesties die via te nauw betrokken personen worden aangesneden... Dat is onmogelijk.'

'De tolk is vooral interessant als er uiteenlopende klachten zijn, wat vaak het geval is. Het contact verloopt anders: met een tolk spreek ik tot de patiënt. Indien iemand van de familie vertaalt, richt ik me doorgaans tot die persoon, waardoor de patiënt een beetje naar de achtergrond "verdwijnt"... Met een tolk verloopt het contact compleet anders en uiteindelijk is het veel persoonlijker. Een tolk komt niet tussenbeide zoals een verwant dat doet. Als het gesprek niet wil vlotten, kun je via de tolk vragen stellen en kan de patiënt antwoorden geven die hij in aanwezigheid van een familielid niet zou durven te geven.'

Als een arts de patiënt niet goed begrijpt, kan dat ernstige gevolgen hebben:

'Er kwam een vrouw op consultatie die de taal niet sprak. Ze verblijft in een open centrum en gaat trouwen met een Belg. Ze heeft een gynaecologisch probleem en een hysterectomie ondergaan wegens baarmoederhalskanker, maar ze heeft niet begrepen dat de operatie te maken had met kanker en heeft zich sinds de operatie in 2011 niet meer laten opvolgen.'

Enkele wijkgezondheidscentra hebben een interculturele bemiddelaar aangevraagd die de taal en de cultuur kent van de MEM-groep die het leeuwendeel van het patiëntenbestand van het centrum uitmaakt. De rol van de interculturele bemiddelaar is veelzijdig: tolk, cultureel bemiddelaar die uitleg geeft in situaties waarbij vermoed wordt dat socioculturele factoren meespelen, assistent voor het maken van afspraken als de patiënt doorverwezen wordt (naar het ziekenhuis bijvoorbeeld, of de mutualiteit), bemiddelaar tussen zorgverleners, projectmedewerkers en patiënt bij de organisatie van activiteiten die gezondheid en voorlichting bevorderen. De zorgverleners beschouwen de samenwerking met de interculturele bemiddelaars als een meerwaarde, die de kwaliteit van de zorgverstrekking verbetert en de efficiëntie verhoogt.

Enkele getuigenissen:

Vignette 1:

De interculturele bemiddelaar doorbreekt niet alleen de taalbarrière tussen de zorgverlener en de patiënt. Zo hielp hij me ook bij het overbruggen van de culturele barrière met een Turkse man van 56 jaar die op consultatie kwam. De longspecialist had hem net meegedeeld dat hij aan een vergevorderde kanker leed, met een slechte prognose. De interculturele bemiddelaar legde me uit dat kanker in de Turkse gemeenschap aanzienlijk anders wordt ervaren dan in het Westen: het woord kanker ligt erg gevoelig en is nog altijd synoniem met de dood. Familie speelt een belangrijke rol in de verzorging van de patiënt en die wil graag als eerste op de hoogte worden gebracht om de patiënt “te sparen”. Met die informatie in het achterhoofd kon ik het gesprek op een andere manier aanvatten.

Vignette 2:

Een Turkse vrouw van 80 jaar die aan een ernstige ziekte leed (een oogtumor), woonde bij een van haar dochters. Hoewel er dagelijks een verpleger en een fysiotherapeut langskwamen, nam de dochter toch het grootste gedeelte van de zorg voor haar moeder op zich. Ze was zich ervan bewust dat de verzorging te zwaar voor haar werd en vermoedde dat ze niet veel langer meer in staat zou zijn om die voort te zetten, waardoor haar moeder naar een rusthuis zou moeten verhuizen. Dat zorgde ervoor dat ze zich diep beschaamd voelde tegenover haar omgeving. Ze vreesde dat de mensen zouden denken dat ze geen goede dochter was en dat ze zich niet om haar eigen moeder wou bekommeren. In hun cultuur worden bejaarde mensen immers niet in een bejaardenhuis geplaatst. Tot de intercultureel bemiddelaar haar zei dat er ook in Turkije bejaardenhuisen waren. Ze toonde haar video's van oude Turken die in een bejaardencentrum verbleven, zowel in Turkije als in België. De cultureel bemiddelaar heeft deze familie over de drempel geholpen en tot vandaag is er niemand van de familie die daar spijt van heeft.

Ook in de vakliteratuur leest men dat het gebruik van een tolk voor een belangrijke meerwaarde zorgt¹⁷²:

- een betere kwaliteit van de verzorging;
- minder communicatieproblemen;
- de patiënt is beter op de hoogte;
- een billijker gebruik van verzorging;
- betere klinische resultaten;
- een grotere tevredenheid bij patiënten;
- wellicht op lange termijn rendabeler.

¹⁷² BISCHOFF *et al.*, ‘What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland’, *BMC Health Service Research* 2010, 10, 248.

Die effecten zijn duidelijker met beroepstolken dan met tolken ‘*ad hoc*’.

Al deze voorbeelden en veel andere tonen aan dat toegang tot kwaliteitszorg een grote beschikbaarheid vereist van de zorgverlener. Die laatste moet ook afstand kunnen doen van de referentiepunten van zijn eigen leefwereld en tijd uittrekken om een klimaat van vertrouwen en betrokkenheid op te bouwen. De zorgverlener moet bovendien aandacht schenken aan situaties waarin een patiënt vergezeld is door een verwant met wie hij een bijzondere relatie heeft, des te meer omdat de verwant soms met de patiënt spreekt zonder dat hij die woorden voor de dokter vertaalt, waardoor een deel van de verbale en non-verbale informatie verloren gaat. Een diversiteitsbeleid kan bijzondere aandacht schenken aan gezondheidszorg waarbij de culturele context een gevoelige factor kan zijn. Dat beleid bepaalt de mate van toegankelijkheid van de hulpverlening voor MEM.

Enerzijds zijn er (financiële en praktische) middelen nodig om samen te werken met tolken/interculturele bemiddelaars, maar anderzijds ook engagement en begrip van de zorgverlener. Om dat te bewerkstelligen, zou bijvoorbeeld tijdens de opleiding meer aandacht aan dit aspect gegeven kunnen worden.

3.2 Problemen die verband houden met het begrijpen van het zorgstelsel

Naast de eigenlijke therapeutische relatie is een goede communicatie noodzakelijk als de patiënt de werking van het Belgische systeem voor gezondheidszorg wil begrijpen. Opnieuw is dit vooral een kwestie van ontwikkelingsniveau. Algemeen kan men stellen dat laaggeschoolde patiënten – Belgen uit de vierde wereld bijvoorbeeld – ook op dat gebied problemen hebben. Wat echter specifiek is voor de MEM, is dat ze een andere referentie hebben, namelijk het zorgsysteem in hun thuisland. Het is dus nodig om ons systeem aan de MEM uit te leggen, met behulp van tolken/intercultureel bemiddelaars. Soms is er een aanpassingstijd nodig, maar als er via dialoog een vertrouwensrelatie kan worden opgebouwd, is het probleem van de baan.

‘Afrikaanse patiënten beschouwen de wijkgezondheidscentra als een polikliniek, maar in mijn ervaring vinden ze dat niet erg en tast dat onze geloofwaardigheid niet aan. Het kost tijd om hen de plaats van de eerstelijnszorg in België uit te leggen, maar uiteindelijk slagen ze erin het systeem weloordacht te gebruiken. Ik durf zelfs te beweren dat minder buitenlanders dan Belgen met een vergelijkbaar sociaaleconomisch niveau rechtstreeks een beroep doen op een specialist. Dat komt omdat ze erg gehecht zijn aan de vertrouwensrelatie en bang zijn slecht ontvangen te worden als

de afspraak niet via ons verloopt. Sommigen geloven zelfs dat ze verplicht zijn eerst bij ons langs te komen.'

'In sommige landen (Afrika, de Oostbloklanden) bestaat er geen eerste-lijnszorg. De zorgverlening is er beperkt tot de poliklinieken "voor kleine wondjes": ernstige problemen worden in het ziekenhuis behandeld... Maar wanneer de patiënten met ons een band hebben opgebouwd, komen ze vaker bij ons dan de Belgen, zelfs voor een ernstig probleem waarvoor ik hen onmiddellijk naar het ziekenhuis moet doorverwijzen. Zodra er met hen een vertrouwensband gesmeed is, is die band heel sterk.'

'Brazilianen hebben een heldere kijk op preventie, het is makkelijker met hen en ze zijn snel loyaal.'

'Soms begrijpen ze het betalingssysteem niet goed: waarom kost het 's nachts 6 euro, terwijl dat overdag maar 1 euro is? Nog moeilijker wordt het als ze met een dokter van dienst te maken krijgen die de derdebetalersregeling niet toepast...'

'Op dat vlak hebben we te maken met een erg grote diversiteit, want wij ontvangen patiënten uit heel uiteenlopende landen. Hoe kunnen we weten wat hun beeld is, welke ervaringen ze in hun land hebben? Je kunt het best vragen hoe het er bij hen aan toegaat, wat ze daar gedaan zouden hebben met het probleem waarmee ze zich hier aanmelden. Op die manier begrijpen we beetje bij beetje welke plaats ze ons toebedelen... Maar dat vergt tijd, want er moet een vertrouwensrelatie opgebouwd worden om een antwoord op dat soort vragen te vinden.'

Sommige personen doen niet alleen een beroep op een dokter, maar ook op alternatieve hulpmiddelen. Soms verzwijgen ze die, maar als ze die toch vermelden, moet de dokter een grote openheid tonen om te begrijpen wat er zich elders afspeelt en om te kunnen inschatten welke plaats de patiënt die middelen toebedeelt:

'Ik heb een Congolese patiënte van 65 jaar, ze is geregulariseerd en komt sinds 4 jaar in het wijkgezondheidscentrum. Ze heeft de tocht alleen gemaakt en ik ken haar verleden niet, ze heeft geen familiebanden hier. Ze overstelpt de medische wereld met problemen en heeft een hele carroussel specialisten rond haar, ze begrijpt niks... Ze is ook lid van de pinkstergemeenschap. In die kerk worden magische genezingen gedaan (exorcisme, handoplegging, collectieve bidsessies voor verlossing), die niet mogen wor-

den verward met de traditionele genezingen. Het is een modernistische magie die zich in die zin van de traditionele genezingen onderscheidt dat ze manicheïstischer is, ze vlakt complexiteit, ambivalentie uit. In de traditionele praktijken moet men onderhandelen met talrijke djinns die elk hun eigen specificiteit hebben. Bij de pinksterbeweging is er een duidelijker onderscheid tussen “het goede” en “het kwade”...

Welke plaats bedeeft deze patiënte me toe ten opzichte van die pinksterbeweging? Ze weet wie ik ben, waar ik voor sta. In feite is spreken over de genezer een middel om over psychosomatische te spreken... Het is een niet-allopathische benadering van zorgverlening.

De complexiteit van het zorgsysteem in België blijkt niet alleen een belangrijke factor te zijn die de toegankelijkheid ervan afremt, maar veroorzaakt ook gebreken in de medische opvolging. Specifieke informatieverstrekking gericht op elk publiek is noodzakelijk en de houding van de zorgverleners speelt in dat opzicht een rol. Het is belangrijk dat de zorgverstrekkers de tijd nemen om uit te leggen hoe de bestaande diensten werken. Ook moeten ze aandacht hebben voor het beeld dat de persoon voor ogen heeft. Door met de betrokkenen een vertrouwensrelatie op te bouwen, worden ze ertoe aangezet vragen te stellen, die vervolgens op een heldere en begrijpelijke manier kunnen worden beantwoord... In de realiteit wordt de toegang tot gezondheidszorg bevorderd wanneer zorgverleners open en beschikbaar zijn, en in staat zijn de persoon in zijn globaliteit te bekijken.

Dit toont nogmaals aan hoe belangrijk een aangepaste houding en een integrale aanpak zijn. Sociaal assistenten in maisons médicales/wijkgezondheidscentra worden elke dag weer geconfronteerd met patiënten die wegens een gebrekkige kennis van het gezondheidssysteem niet weten hoe ze tot bepaalde diensten toegang moeten krijgen. Ze moeten hen dan de nodige ondersteuning geven en de zelfstandigheid van de patiënt bevorderen.

De onderstaande getuigenis van een sociaal assistent toont hoe moeilijk het is correcte informatie te vinden en hoe verkeerde informatie, te wijten aan de complexiteit van het systeem, iemand de toegang tot zorgverlening kan ontfemen:

‘Een huisarts vraagt me om na te gaan waarom een jongen van 8 jaar al enige tijd niet meer in orde is met de mutualiteit. Ik bel de contactpersoon voor zijn dossier, zijn grootmoeder. Die vertelt me dat ze op de hoogte is en dat ze bezig is alles in orde te brengen. Ze zegt me dat hij niet in orde is, omdat hij geen ouders heeft. De grootmoeder zou graag zijn voogd worden en de jeugdrechtsbank moet zich over het dossier buigen. Ik probeer meer

informatie te verkrijgen en bel naar het OCMW om te vragen of het op dit moment iets kan doen. Omdat de jongen hier op legale basis verblijft, kan het OCMW weinig doen. Enkel indien de medische kosten te hoog zouden oplopen, kan het die ten laste nemen. Ik neem telefonisch contact op met de sociale dienst van de jeugdrechtbank, waar ik te horen krijg dat de situatie ingewikkeld is. De jongen heeft wel degelijk ouders, maar die zijn gescheiden. Sinds de scheiding bekommert de grootmoeder zich om de jongen. Het voogdijschap is stilzwijgend geregeld, maar niet erkend. De jeugdrechtbank moet nog uitspraak doen. De jongen woont bij zijn grootmoeder, maar kan niet op haar mutualiteitskaart ingeschreven worden, omdat zij niet de officiële voogd is. Hij zou bij zijn moeder gedomicilieerd moeten zijn, maar die weigert dat. De relatie met de vader is voor de jeugdrechtbank nog niet duidelijk. De rechtbank legt uit dat ze niet bevoegd is om de situatie met de mutualiteit in orde te brengen. Ik besluit de familie uit te nodigen om klaarheid in deze situatie te scheppen. De grootmoeder komt met de jongen. Het blijkt dat de jongen een overspelig kind is. Hij werd binnen een huwelijk geboren en kreeg de naam van zijn officiële vader, die echter niet zijn biologische vader blijkt te zijn. Het koppel ging tijdens de zwangerschap uit elkaar, maar officieel zijn ze nog getrouwd. De officiële vader is in het land van herkomst gebleven. De biologische vader heeft het kind nooit wettelijk erkend, maar heeft het samen met de moeder in België als zijn eigen kind opgevoed. Intussen is de relatie met de moeder afgesprongen. De grootmoeder blijkt de moeder te zijn van de biologische vader. De moeder kon niet meer voor de jongen zorgen, waardoor hij bij zijn grootmoeder werd ondergebracht. De grootmoeder wil het voogdijschap door de jeugdrechtbank officieel laten bekrachtigen. Het is evenwel moeilijk om hun verwantschap te bewijzen, want haar zoon heeft de jongen nooit erkend, omdat de moeder officieel nog met de wettelijke vader getrouwd was. Maar intussen heeft de jongen geen mutualiteit. Hij kan niet op de mutualiteitskaart van zijn grootmoeder ingeschreven worden, omdat er geen officiële verwantschap bestaat. Hij kan ook niet op de kaart van zijn moeder bijgeschreven worden, omdat ze niet op hetzelfde adres wonen. Hij kan evenmin op de kaart van zijn vader worden ingeschreven, omdat die nog in het land van herkomst woont, en ook niet op de kaart van zijn biologische vader, omdat die hem nooit als zijn zoon heeft erkend. De verwantschapsband met zijn grootmoeder is erg moeilijk te bewijzen, waardoor het dossier bij de rechtbank al een tijdje stilligt. Enkel als de grootmoeder officieel voogd wordt, kan de jongen op haar mutualiteitskaart worden bijgeschreven. Maar die procedure kan nog lang duren.

Ik bel de mutualiteit met de vraag of de jongen zelf een kaart kan krijgen. De jongen is momenteel ingeschreven als zijnde zonder familiebanden. Hij kan niet in orde zijn met de mutualiteit vermits hij minderjarig is en bijgevolg niet het recht heeft lid te worden. De mutualiteit legt uit dat we moeten wachten tot de rechtbank zich over het voogdijschap heeft uitgesproken.

Ik besprak dit geval tijdens het multidisciplinaire overleg. We besloten om de jongen gratis consultaties te verstrekken. Ik heb de grootmoeder uitgenodigd voor een gesprek en haar de situatie nogmaals duidelijk uitgelegd. Dat was niet vanzelfsprekend wegens de taalproblemen en de ingewikkelde situatie. We hebben dan maar het gesprek stopgezet en een nieuwe afspraak gemaakt, met een tolk ditmaal. Dat gesprek bleek heel wat efficiënter. Voor de grootmoeder was het erg belangrijk dat iemand haar de situatie uitlegde, want ze begreep er niks meer van. Ik heb alle mogelijke oplossingen met haar tot in detail doorgenomen. Door de ingewikkelde relaties met de familieleden kon de grootmoeder niks doen. Ze heeft ervoor gekozen de uitspraak van de jeugdrechter af te wachten. Ze was opgelucht dat ze nu eindelijk begreep waarom de jongen niet het recht had om bij de mutualiteit aan te sluiten.

Acht maanden later deelde de grootmoeder ons mee dat ze als officiële voogd van de jongen was aangewezen, waardoor ze hem nu op haar mutualiteit had kunnen inschrijven.'

Een dergelijke totaalaanpak kan enkel tot een goed resultaat leiden als er een structurele samenwerking is tussen de diverse welzijns- en gezondheidsdiensten. De overheid erkent dat belang en pleit ervoor, maar in de praktijk zijn er daarvoor de laatste jaren weinig inspanningen geleverd.

Niet alleen moeten de zorgverleners informatie verstrekken over het gezondheidssysteem, ook de (plaatselijke) overheden en de mutualiteiten spelen een grote rol in de sensibilisering van alle bevolkingslagen, ongeacht hun afkomst.

3.3 Moeilijkheden die verband houden met financiële problemen en het onthaal bij medische diensten

Zorgverleners in maisons médicales/wijkgezondheidscentra hebben vaak het gevoel dat ze de laatste toevlucht zijn voor de minst bedeelde en meest kwetsbare personen. De lagere financiële drempel van die centra, dankzij de toepassing van het systeem van forfaitaire betaling en de derdebetalersregeling, zorgt ervoor dat ze vaak dat publiek aantrekken. Een ander element dat

ertoe bijdraagt dat vooral die kwetsbare groepen de wijkgezondheidscentra bezoeken, is dat ze naar hun gevoel elders niet welkom zijn. We mogen niet vergeten dat er een tekort is aan artsen en dat de artsen die aan het werk zijn, niet de neiging hebben om prioriteit te geven aan deze patiënten, die tijd en beschikbaarheid vragen.

Het systeem van de forfaitaire betaling, dat patiënten de kans geeft gratis op consultatie te gaan, is op solidariteit gebaseerd. De zorgverleners (en dus ook de wijkgezondheidscentra) zijn niet financieel afhankelijk van het aantal consultaties en kunnen bijgevolg meer tijd aan bepaalde patiënten besteden. Het wijkgezondheidscentrum is ook verplicht alle patiënten te aanvaarden, waardoor elke vorm van risicoselectie wordt vermeden. De globale financiering vergemakkelijkt de inschakeling van begeleidend personeel ter ondersteuning van de zorgverleners. Het onthaalpersoneel in de wijkgezondheidscentra staat in voor een kwalitatief hoogstaand onthaal, waarbij bijzondere aandacht wordt besteed aan patiënten van buitenlandse origine.

Sommige wijkgezondheidscentra die niet met het systeem van de forfaitaire betaling werken, organiseren zich zo dat de prijs voor verzorging geen obstakel is (derdebetalersregeling, eventueel gratis consultatie, generische geneesmiddelen, ...).

Uit projecten van de Federatie van Wijkgezondheidscentra en de SSMG in het kader van Gezondheidspromotie in de Algemene Geneeskunde, gericht op medische eenmanspraktijken, blijkt de noodzaak om artsen te sensibiliseren voor erg achtergestelde patiënten. We hebben het hierbij niet over de MEM, maar over Belgische families uit de vierde wereld waarmee deze artsen in aanraking komen. De problemen die tijdens deze projecten werden vastgesteld, zijn nog groter als bovenop de armoede ook het statuut MEM komt. In sommige gevallen lijkt de af te leggen weg nog heel erg lang.

In het specifieke geval van de MEM stellen de ondervraagde zorgverleners een terughoudende houding of zelfs een slecht onthaal vast bij bepaalde huisartsen of ziekenhuizen. Dat wordt op een indirecte en op een directe manier vastgesteld:

- Indirect: ‘Heel vaak putten mensen zich uit in dankbetuigingen, op een ongelooflijke manier, gewoon wanneer we ze normaal ontvangen zonder dat we meer voor hen doen dan voor andere patiënten... Dan stel ik me automatisch de vraag wat ze elders meegemaakt hebben: een weigering,

een afwijzing, een blijk van irritatie, een gebrek aan communicatie of eerbied...’

‘Ze zeggen me “bedankt om zo vriendelijk te zijn”, terwijl ik ze gewoon op een menselijke manier behandel; door bijvoorbeeld te vragen wanneer ze hun SIS-kaart zullen hebben, te bekijken welke geneesmiddelen het belangrijkste zijn als ze die niet allemaal kunnen kopen... Maar voor hen is dat helemaal niet vanzelfsprekend, ze zijn dat duidelijk niet gewoon.’

- Direct: ‘Ik krijg vaak mensen over de vloer, gestuurd door centrum XXX: ze worden gestuurd omdat ze geen geld hebben om te betalen. Op het eerste gezicht heeft dat veeleer te maken met sociaaleconomische omstandigheden dan met de nationaliteit... In werkelijkheid aanvaardt dat centrum wel Belgen zonder geld, buitenlanders worden vaker afgewezen.’

‘Het OCMW van onze gemeente in Brussel lijkt terughoudend om ons op hun lijst te plaatsen wegens onze te linkse ideeën. We zouden te veel patiënten kunnen aanbrengen!’

‘Ik had een bijna blinde patiënt die DMH kon genieten. Ik heb hem naar de oogspecialist van ziekenhuis X gestuurd. De arts achtte een operatie noodzakelijk, het OCMW gaf zijn toestemming maar... het ziekenhuis weigerde.’

‘Sommige van die patiënten zijn “lastig, zwaar” om uiteenlopende redenen... Ze komen bij ons, omdat bepaalde artsen zware patiënten klaarblijkelijk weren.’

‘Tijdens vergaderingen over wachtdiensten is het duidelijk dat dokters van wacht zich ergeren aan onze patiënten – de psychologische gevallen, de armen, de buitenlanders die vaak arm en psychisch kwetsbaar zijn. Dat zorgt voor spanningen met het wijkgezondheidscentrum. Dit weekend kreeg ik telefoon van een Afrikaans gezin, omdat hun kind hoge koorts had. De ouders hadden de dokter van wacht gebeld en die had hen telefonisch meegedeeld: “Als u geen 60 euro hebt, kom ik niet”. Voor een ander gezin was de dokter van wacht wel opgedaagd, maar had hij 28 euro gevraagd “omdat hij van een andere gemeente moest komen” (maar die dokter maakt wel deel uit van onze wachtrolverdeling). Een dergelijk bedrag slaat nergens op en bovendien had hij twee kleefbriefjes van de mutualiteit gevraagd... Als ze met een dergelijke houding geconfronteerd worden, begrijpen patiënten de logica van het systeem niet meer. Dat brengt hen ertoe naar de spoeddienst van het ziekenhuis te gaan, waar ze niet meteen moeten betalen.’

Zoals uit deze voorbeelden blijkt, zijn bepaalde reacties zowel te wijten aan de precare sociaaleconomische situatie van de patiënten als aan hun afkomst. Hoewel het moeilijk is die twee aspecten volledig los van elkaar te zien, blijkt de afkomst van de patiënten toch de bepalende factor te zijn en dat wordt volgens onze vaststellingen door patiënten ook zo aanvoeld, zeker als ze ook al een lastig traject hebben afgelegd om hun status te legaliseren, een traject dat bezaaid was met wantrouwen, willekeur en onverschilligheid.

Zorgverleners merken bij MEM-patiënten een bepaalde vertraging in de zorg op. Ze benadrukken dat die vertraging net zoals bij Belgische patiënten die in moeilijke omstandigheden leven, te wijten is aan een laag inkomen. Zelfs al is de consultatie bij een huisarts doorgaans betaalbaar, toch vrezen sommige patiënten dat ze niet genoeg geld hebben voor medicatie, gespecialiseerde onderzoeken of operaties die eventueel noodzakelijk zouden kunnen blijken.

Dus hebben ze de neiging de consultatie uit te stellen, in de hoop dat de situatie vanzelf beter wordt. Of ze aanvaarden de pijn.

3.4 Moeilijkheden van administratieve aard

Andere toegangsproblemen zijn van administratieve aard en eens te meer niet specifiek verbonden aan de afkomst van de patiënt: 'Ik heb een patiënt die ingeschreven is bij het OCMW (geen DMH) en die ik sinds 10 jaar opvolg. Hij is verhuisd en heeft bij zijn nieuwe OCMW een aanvraag voor de terugbetaling van medicatie ingediend. Die terugbetaling is hem geweigerd, omdat het voorschrift uiteraard afkomstig is van een dokter die, hoe kan het anders, niet op hun lijst staat. Mijn patiënt moet dus van dokter veranderen. Tot zover de continuïteit in de gezondheidszorg...'

De administratieve hinderpaal in deze situatie lijkt absurd voor de arts in kwestie. Men kan zich voorstellen hoe onbegrijpelijk die situatie in de ogen van de patiënt wel moet zijn. Is het vreemd dat hij vanaf dan de organisatie van de gezondheidszorg als willekeurig aanvoelt, zonder veilig vangnet?

Andere voorbeelden hebben betrekking op mensen die een illegaal statuut hebben gehad. Dat kan, als gevolg van hun ervaringen met een weinig doorzichtig en begrijpelijk systeem, misschien ook na regularisatie sporen nalaten – bij de patiënt, maar ook bij de arts en in de therapeutische relatie:

'De werking van het OCMW en Fedasil is ingewikkeld en moeilijk te begrijpen: de gezondheidszorg is afhankelijk van de plaats van verzorging (zieken-

huis van “het OCMW”) en de kostprijs (fysiotherapie, bril, chirurgie); er geldt een ingewikkelde regeling voor de terugbetaling van medicatie; er zijn telkens periodieke verlengingen; niet alle ziekenhuizen zijn bevoegd,... Als je niet op tijd alles kunnen regelen (omdat je er niet in slaagt de komst van de tolk te doen samenvallen met die van de patiënt, omdat de patiënt het niet begrepen heeft of de afspraak is vergeten, of omdat de consultatie zo druk is dat je Setis niet wilt inschakelen of de tolkendienst gesloten is of geen tolken ter beschikking heeft), dan wordt de zorg vertraagd of uitgesteld. Er loopt ook heel wat mis: de ene of andere verwant fungeert als tolk maar spreekt soms beter Nederlands dan Frans, terwijl de arts Franstalig is. Of ze kiezen het UZ-VUB, waarmee het OCMW niet samenwerkt. De facturen volgen...’

‘Sinds 2012 hebben inwoners van de Europese Unie die zich in België vestigen om te werken, gedurende de eerste drie maanden van hun verblijf geen recht op sociale bijstand van het OCMW (te rekenen vanaf de afgifte van bijlage 19). Voor werkzoekenden geldt dat tot ze effectief werk hebben gevonden. Momenteel zijn in de steden veel van die nieuwe EU-burgers die in het bezit zijn van een bijlage 19, op zoek naar werk. In die periode kunnen ze zich niet aansluiten bij een Belgisch ziekenfonds en de meesten zijn niet meer wettelijk in orde met de mutualiteit in hun land van herkomst. Bijgevolg kunnen ze voor een tussenkomst in de medische kosten geen beroep doen op het OCMW. Ze moeten alle medische kosten dus zelf betalen. Dat stelt veel gezinnen voor problemen, al helemaal omdat ze vaak geen inkomen hebben. Kinderen zijn er het grootste slachtoffer van. Ze gaan hier naar school, maar moeten dikwijls lange tijd thuisblijven (vaak onwettig) door ziektes (vooral in de winter, met de koude). Mensen stellen hun behoefte aan zorg geregeld uit of worden gratis onderzocht, zoals in ons wijkgezondheidscentrum.’

In verband met de interculturele bemiddelaars en tolken herhalen we nogmaals de hierboven beschreven problemen:

- in ziekenhuizen is maar een beperkt aantal talen beschikbaar;
- ziekenhuizen zijn terughoudend om externe tolken aan te werven;
- huisartsen met een eenmanspraktijk maken slechts beperkt gebruik van tolken van Setis.

We benadrukken nogmaals hoe belangrijk een samenwerking tussen de diverse welzijns- en gezondheidsdiensten is.

Vandaag passen de OCMW’s van de steden en gemeenten elk hun eigen regeling toe voor het toestaan van een financiële tussenkomst. Door een grotere

eenvormigheid in de werkwijzen van de diverse OCMW's zou heel wat verwarring kunnen worden vermeden, zowel voor de zorgverleners als voor de patiënten die gedwongen zijn een beroep op het OCMW te doen.

De mutualiteiten moeten ook zorgen voor eenvoudigere informatie, bijvoorbeeld over de toekenning van het Omnio-statuuut. Veel patiënten kennen dat statuut niet of vinden de procedure ingewikkeld. Een sociaal werker kan de patiënten informeren, maar het zou simpeler zijn mocht dat statuut automatisch worden toegekend aan al wie er recht op heeft.

4. Besluit

De gezondheidsproblemen waarmee MEM moeten afrekenen, zijn nauw verbonden met hun sociale kwetsbaarheid. Zorgverleners kunnen proberen de gevolgen daarvan te verzachten, maar kunnen ze helaas niet oplossen. Dat zorgt bij hen voor een gevoel van machteloosheid, moeheid en vaak verontwaardiging. Die emoties wegen bij eerstelijnszorgverleners (psycho-medisch-sociaal) doorgaans nog sterker door, omdat ze zich vaak onvoldoende gewaardeerd en gesteund voelen.

De psycho-sociale problemen zijn ernstig. Ze hebben te maken met een soms extreem moeilijk verleden, waar weinig over gesproken wordt en waar de zorgverleners relatief machteloos tegenover staan, temeer omdat de levensomstandigheden vaak weinig bevorderlijk zijn voor de verwerking van dat verleden.

Uit de aangehaalde casussen blijkt dat de opvolging van die patiënten een grote bereidheid van de zorgverlener vraagt, een bereidheid die veel verder gaat dan enkel het toedienen van medische zorgen: 'Het helpt als men iets kan delen, over muziek, cultuur. Ik vraag telkens hoe je iemand begroet in hun taal en daar zijn ze blij mee... Ik heb een opleiding gevolgd over mentale gezondheid in een sociale context en die opleiding is al bijzonder nuttig gebleken: ik heb hernieuwde interesse in de consultaties gekregen. Het was immers heel vervelend om steeds naar dezelfde problemen te luisteren zonder echt een oplossing te kunnen aanreiken... Maar nu heb ik dankzij die cursus geleerd verder te kijken dan mijn neus lang is en naar de echte oorzaak van de problemen te zoeken. Ik ben overgeschakeld van "ontwapenende verwarring" naar "stimulerende complexiteit".'

Een groeiend probleem bij de toegang tot de gezondheidszorg is dat die bereidheid niet bij alle betrokkenen terug te vinden is. Wie deze patiënten wel

onder zijn hoede wil nemen, heeft vaak het gevoel te moeten compenseren voor collega's uit zowel de eerste als de tweede lijn die deze uiterst kwetsbare bevolkingsgroepen afwijzen. Nadenken over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor MEM leidt dus tot ruimere reflecties over hoe het hele gezondheidssysteem kan worden bijgeschaafd om de ongelijkheden in de openbare gezondheidszorg weg te werken.

Professionele zorgverleners die kwetsbare groepen willen opvangen, worden zelf steeds kwetsbaarder. Ze lopen een almaar groter risico het slachtoffer te worden van de gevolgen van het neoliberale beleid dat in tegenspraak is met hun opvattingen over zorg en begeleiding, en hun persoonlijke behoefte aan stabiliteit en samenhang weersprekt: kwetsbare zorgverleners voor een kwetsbaar publiek.

G. LEBLANC¹⁷³ brengt zo de ontsporingen van de medische begeleiding ter sprake: het risico bestaat dat men van mededogen (waarbij de zorgverstrekker zich in de plaats van de ander stelt) geleidelijk evolueert naar het neoliberale empowerment: 'Bent u in staat om zich te redden, zoek het dan zelf maar uit'. Dat alles binnen een context waarin de instellingen er niet in slagen om 'gepaste structuren' te ontwikkelen en een beetje hun rol van 'zorgverstrekker' vergeten.

Een goede aanpak vereist samenwerking in een multidisciplinair team binnen een toegankelijke structuur die dicht bij de bevolking staat, evenals een goede samenwerking tussen de verschillende niveaus van de zorg. Vertrouwensrelaties en zorgkwaliteit kunnen aan de hand van een reeks voorzieningen en attitudes en met kennis van zaken tot stand komen, zowel vanwege de onthaalmedewerker als vanwege de sociaal werker, de dokter, de verpleegster,... (soms met professionele zorgverleners die een of meerdere vreemde talen spreken). Dat teamwerk maakt ook overleg over zware problemen mogelijk.

Het is noodzakelijk om op wijkniveau met alle betrokkenen samen te werken, vooral met de integratiediensten voor de etnisch-culturele minderheden, teneinde de levens- en woonomstandigheden van de MEM te verbeteren. Een 'plaatselijk welzijnsoverleg' met alle plaatselijke spelers zou een goed middel kunnen zijn. Op die manier zou een probleem snel kunnen worden onderkend en opgevolgd, door 'een diagnose van de gemeenschap' vast te stellen en door samenwerking tussen alle spelers: het OCMW, de wijkgezondheids-

173 G. LEBLANC, *Dedans dehors, la condition d'étranger*, Seuil, 2010.

centra, de huisartsenkringen, de thuiszorgdiensten, de scholen, de plaatselijke politie, de mutualiteit,...

We onderstrepen dat de gezondheidscentra niet enkel kwaliteitszorg willen verlenen aan de personen waarover in dit artikel sprake is, maar aan de hele bevolking. De aanpak van de verschillende subgroepen die er over de vloer komen, is niet selectief of klassengericht. We schenken altijd aandacht aan administratieve, financiële, culturele, taalgebonden, ... factoren die een hinderpaal kunnen zijn voor de toegang tot gezondheidszorg en bijgevolg voor het recht op openbare gezondheidszorg voor iedereen. Ons model voor gezondheidszorg – globaal, geïntegreerd, multidisciplinair, gebaseerd op spreiding en actieve deelname van de patiënt – is evenwel niet enkel voorbehouden voor kwetsbare bevolkingsgroepen, maar bevordert de gezondheid van iedereen.

Om de problematiek van de MEM op te lossen, zijn een betere gezondheidszorg en werking van de gezondheidsdiensten nodig. Maar deze problematiek hangt ook nauw samen met het beleid inzake werk, huisvesting, lichamelijke en culturele omgeving enzovoort.

F. Kwetsbare vrouwen en kinderen

Abstract

Niet alleen een beperkte toegang tot werkgelegenheid en middelen, maar ook discriminatie, geweld en het gebrek aan beslissingsmacht over hun eigen gezondheid zijn gendergebonden ongelijkheden die een invloed hebben op de gezondheid van vrouwen (WHO 2008).

Vrouwen die in een preciaire situatie zitten (daklozen, asielzoekers, illegalen, nieuwkomers enzovoort) zijn bijzonder kwetsbaar. Vaak is er een geringe opvolging van de zwangerschap, krijgen ze slechts beperkt toegang tot preventie, of zijn ze slachtoffer van seksueel geweld en genitale verminking. Die vrouwen, met inbegrip van personen in een preciaire verblijfsituatie, worden vaker geconfronteerd met een ongewenste zwangerschap, gaan minder vaak naar prenatale consultaties, zijn vaker het slachtoffer van partnergeweld en nemen minder vlug preventieve maatregelen. Ook toegang tot informatie is een aanzienlijke factor in die ongelijkheid. We stellen immers vast dat een deel van de bevolking geen of moeilijk toegang tot informatie heeft, vooral vanwege taalbarrières.

In de strijd tegen die ongelijkheid moeten we op het gebied van de gezondheid de universele toegang tot reproductieve en seksuele gezondheid promoten, in het bijzonder voor kwetsbare bevolkingsgroepen: Dit betekent toegang verzekeren tot gezinsplanning en voorbehoedmiddelen, maar ook het terugdringen van geweld tegen vrouwen en genitale verminking dankzij informatie en aangepaste diensten toegankelijk te maken.

1. Inleiding

Dr. Kathia VAN EGMOND, Medisch coördinator van de Belgische projecten, Dokters van de Wereld

De seksuele en reproductieve gezondheid (SRG) is een heel kostbaar goed voor elke man en elke vrouw en speelt een belangrijke rol in het fysieke, sociale en mentale welbevinden van elke mens.

Het impliceert een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties, alsook de mogelijkheid om een bevredigend en veilig seksueel leven te hebben, de mogelijkheid om zich voor te planten en de vrijheid om te beslissen of, wanneer en hoe vaak mensen dat willen doen.

Het geeft de vrouw dus het recht om in alle respect en veiligheid de oerrol te belichamen die zij op elk moment van haar leven wenst: die van moeder, van verleidster, van liefhebbende partner, van onafhankelijke vrouw...

Meer nog dan dat opent seksuele en reproductieve gezondheid de weg naar emancipatie en gelijkheid tussen man en vrouw. Een professionele carrière was voor de vrouw immers nagenoeg ondenkbaar zolang er geen toegang tot contraceptie bestond en zolang het zelfbeschikkingsrecht over het nageslacht nagenoeg beschouwd werd als een doodzonde.

Doch tegelijkertijd is er niets zo kwetsbaar als de seksuele en reproductieve gezondheid van een mens, zeker onder de meest kwetsbare groepen.

Enkele voorbeelden:

- 40% van alle vrouwen die in Belgische abortuscentra een abortus ondergingen, zijn van allochtone afkomst;
- vluchtelingen en vrouwen zonder wettig verblijf, dakloze vrouwen, mensen met een (verstandelijke) handicap, ... worden vaker het slachtoffer van seksueel geweld;
- per jaar lopen nog minstens drie miljoen meisjes – voornamelijk uit Afrika – het risico op vrouwelijke genitale verminking (VGV). Door uit te wijken naar Europa, houdt de problematiek en het risico op VGV echter niet op.

De toegang tot adequate zorg op het vlak van SRG lijkt echter omgekeerd evenredig te zijn met de graad aan kwetsbaarheid. Enkele cijfers van Dokters van de Wereld (DvdW) illustreren deze discrepantie:

- een bevraging van Romavrouwen in Brussel leerde dat meer dan de helft van de vrouwen zonder kinderwens toch geen toegang had tot een effectief voorbehoedmiddel;
- 59% van de kwetsbare vrouwen die in de Europese centra van DvdW op consultatie kwamen, had geen toegang tot prenatale zorg en 47% kreeg deze zorg in de zwangerschap te laat.

Waarom deze toegang tot zorg zo moeilijk is, wordt in het volgende hoofdstuk uitvoerig beschreven.

Samenvattend kunnen we stellen dat er **enerzijds belangrijke drempels bestaan bij de mensen zelf** die met vragen of problemen op het vlak van hun SRG worstelen om naar de hulpverlening toe te stappen, zoals schroom en schaamte, armoede, onwetendheid en gebrek aan kennis...

Doch **anderzijds schiet ook het hulpverleningsaanbod tekort.**

Zo blijken gezondheidswerkers het nog steeds moeilijk te hebben om over seksualiteit te praten, om woorden als penis, vagina, penetratie, fellatio... in de mond te nemen, om het over huiselijke relaties en geweld te hebben... en vrezen ze vaak om de vertrouwensrelatie hierdoor te schaden.

Een andere belangrijke drempel is het **versnipperde** hulpverleningsaanbod. Voor seksuele en reproductieve gezondheid is deze versnippering nog meer uitgesproken dan voor andere gezondheidsdiensten.

Dit blijkt reeds uit de opbouw van het huidige hoofdstuk. Geen enkel thema diende zo te worden uitgesplitst als dit en dan nog komen lang niet alle SRG-thema's en bestaande diensten (zoals bijvoorbeeld screening op baarmoederhalskanker en borstkanker, screening op seksueel overdraagbare infecties (soi)...) aan bod.

Voor elk SRG-probleem bestaat er nagenoeg een andere dienst of zelfs meerdere diensten.

Een kwetsbare zwangere vrouw kan zich bijvoorbeeld tot een prenataal steunpunt wenden. Doch in geval van complicaties en voor echografieën is dikwijls toegang tot een gynaecoloog nodig. Bevalen doe je dan weer meestal in het ziekenhuis.

Een vrouw die slachtoffer werd van verkrachting, kan in de ziekenhuizen met een aids-referentiecentrum een PEP-kit krijgen om de kans op overdracht van het hiv-virus te verkleinen, doch moet er wel binnen de eerste 72 uur geraken. Om klacht in te dienen moet ze naar de politie gaan. Voor juridische bijstand kan ze zich onder meer tot een justitiehuis wenden. Als ze ongewenst zwanger blijkt te zijn, tot een centrum voor abortus. Voor een seksueel overdraagbare aandoening moet ze naar een soa-kliniek. Verder bestaan er ook verschillende diensten en organisaties, zoals slachtofferonthaal en SOS Viol, die slachtoffers van geweld bijstaan.

Het hoeft niet veel betoog dat voor kwetsbare mannen en vrouwen – die niet vertrouwd zijn met het systeem en bovendien bijvoorbeeld de taal niet machtig zijn en/of onwettig in het land verblijven en/of geen ziekteverzekering hebben... – het helemaal geen sinecure is om de weg naar de gepaste hulpverleningsdienst te vinden.

Bovendien kampen veel diensten met oververzadiging en zijn de meeste SRG-diensten betalend en duur. Contraceptie is bijvoorbeeld voor vrouwen

die in armoede leven, dikwijls onbetaalbaar, zodat bij hen meer ongewenste zwangerschappen voorkomen. Zwangerschapsafbreking is op zijn beurt dan ook weer een financiële kopzorg voor een vrouw zonder ziekteverzekering. Nochtans zullen de uiteindelijke gevolgen voor mens en maatschappij op alle vlakken veel zwaarder doorwegen... dan de kostprijs van een degelijk en toegankelijk preventief beleid.

Een integraal en laagdrempelig aanbod aan SRG-diensten ontbreekt dus voorlopig in het Belgische landschap. Zeker in steden met een belangrijk aandeel aan kwetsbare groepen is er nood aan centra waar kansarme personen gratis terecht kunnen met gelijk welke vraag over hun seksuele en reproductieve gezondheid – of het nu gaat om seksuele voorlichting, soi-screening en -preventie, (ongewenste) zwangerschap, contraceptie of de morning-afterpil, seksueel en/of partnergeweld, angst voor kanker... En waar ze op hun vraag direct een antwoord krijgen van een professionele medische, sociale, juridische of psychologische hulpverlener, ofwel doorverwezen en begeleid worden naar een andere adequate hulpverleningsdienst.

Ideaal gezien wordt een dergelijk globaal aanbod aan zorg voor seksuele en reproductieve gezondheid binnen de eerstelijnsgezondheidszorg ingebed.

We durven al luidop dromen van de oprichting van ‘global health’-centra in grootsteden die naast curatieve eerstelijnszorg ook SRG en zelfs geestelijke gezondheidszorg aanbieden...

In afwachting kunnen eventueel – naar analogie van de ‘Huizen van het Kind’ – ‘**Huizen voor Seksuele en Reproductieve Gezondheid**’ opgericht worden en/of kunnen de bestaande family planning centra hier misschien naartoe evolueren? In elk geval is er genoeg stof tot nadenken voor de volgende rondetafelgesprekken...

In elk geval hopen we dat – net als voor het internationale ontwikkelingsbeleid – seksuele en reproductieve gezondheid voor kansarme groepen ook binnen het Belgische en regionale gezondheidsbeleid een zwaartepunt blijft en een grotere prioriteit wordt.

2. Toegang tot informatie, screening, anticonceptie en vrijwillige zwangerschapsafbreking (vza)

2.1 Gezinsplanning, een vector voor de toegang tot gezondheidszorg?

Céline ORBAN (Fédération des Centres de Planning Familial des FPS)
en Axel RAID (Fédération Laïque des Centres de Planning Familial)

2.1.1 De sector 'gezinsplanning': een stand van zaken

Wat is een *centre de planning familial* (CPF – centrum voor gezinsplanning)? Wat is de functie ervan? Hoeveel centra zijn er? Waarom bestaan ze? Een algemeen overzicht van de sector.

In de jaren 1950 hadden vrouwen geen voorbehoedmiddelen tot hun beschikking. Wilden ze een ongewenste zwangerschap beëindigen, dan moesten ze een clandestiene abortus ondergaan, in gevaarlijk omstandigheden, waarbij ze hun gezondheid en soms zelfs hun leven in gevaar brachten. In die context beslisten bepaalde dokters tot de oprichting van de eerste centra voor gezinsplanning.

Vandaag zijn er verspreid over Wallonië en Brussel 106 centres de planning familial of CPF. Elk centrum¹⁷⁴ is lid van een federatie. In totaal zijn er vier federaties: de *Fédération Laïque des Centres de Planning Familial* (FLCPF), de *Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial* (FCPPF), de *Fédération des Centres de Planning et de Consultation* (FCPC) en de *Fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes* (FCPF des FPS).

Het is de taak van de CPF om voor te bereiden op het affectieve, relationele en seksuele leven (VRAS). Daarnaast moeten ze degelijke informatie verschaffen en concrete hulp verlenen bij alle aspecten ervan. Om dat te bereiken, organiseren ze psychologische, juridische, medische (voornamelijk gynaecologische) en sociale consultaties en activiteiten binnen en buiten de schoolomgeving. De CPF bieden ook opvang en voorzien in een eerste gratis contact zonder voorafgaande afspraak, waar iedereen antwoord op zijn vragen kan krijgen. Via publicaties en activiteiten werken ze rond de perceptie, de ideeën en de stereotypes die gangbaar zijn en proberen die te doorbreken. In het centrum voor gezinsplanning kan men ook terecht voor het verkrijgen van

¹⁷⁴ Afgezien van de free Clinic en de Gezinsplanning van het OCMW van Eigenbrakel.

de morning-afterpil, een zwangerschapstest, voorbehoedmiddelen enzovoort. Sommige centra voeren ook vrijwillige zwangerschapsafbrekingen uit. Hun actiethema's betreffen alles wat verband houdt met het relationele, affectieve en seksuele leven (VRAS): adolescentie, contraceptie, zwangerschap, abortus, plezier, partnergeweld enzovoort.

2.1.2 De CPF: onmisbare zorgstructuren

Het gevoelsleven en het seksuele leven belangen ons allemaal aan. Nochtans stellen we vast dat 20% van de jongeren uit het 2de, 3de en 4de middelbaar tijdens hun schoolloopbaan¹⁷⁵ nooit aan activiteiten van VRAS heeft deelgenomen. Seksuele en reproductieve rechten staan de laatste tijd trouwens steeds vaker onder druk. Manifestaties tegen abortus zijn daarvan een voorbeeld. Bovendien bestaan over seksualiteit nog steeds veel foutieve ideeën¹⁷⁶: 'De pil beschermt tegen seksueel overdraagbare infecties (soi's)', 'het spiraaltje is niet geschikt voor jongeren', 'een condoom kan meerdere malen worden gebruikt' enzovoort. Die bevinding bevestigt hoe belangrijk het is de toegang tot de gezondheidszorg en -informatie te verbeteren. Door hun werking zijn de centra voor gezinsplanning onvermijdelijke vectoren voor een gezond seks- en gevoelsleven.

Lage prijzen

De prijzen in de CPF zijn laag en kunnen steeds aan de financiële draagkracht van de persoon worden aangepast. In geen enkel geval mag de prijs een beletsel zijn. In het Waalse Gewest werd de wettelijke limiet vastgelegd op maximaal € 20¹⁷⁷ voor de prijs van een individuele consultatie, behalve voor medische consultaties. Wat die laatste betreft, passen sommige CPF de derdebetalersregeling toe. Patiënten betalen dus rechtstreeks de eigen bijdrage.

Dat systeem biedt het voordeel dat de vertrouwelijkheid van de gesprekken verzekerd is, in die mate dat de terugbetaling van het voorschrift rechtstreeks aan het centrum wordt gestort. Alle centra verstrekken gratis de morning-

175 K. RENARD en D. PIETTE, *Etat des lieux des activités d'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire en Communauté française de Belgique: Enquête qualitative*, Departement Epidemiologie en Gezondheidspromotie, Eenheid voor Promotie Educatie Gezondheid (ULB-PROMES), Brussel, Vrije Universiteit Brussel, 2003.

176 'Contraception: Que savent les français? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception: Etat des lieux', Persdossier, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, juni 2007.

177 Dit is een basisbedrag, dat jaarlijks wordt geïndexeerd.

afterpil, een vrijwillige zwangerschapsafbreking kost ongeveer € 3,60¹⁷⁸ en de prijs voor screenings (opsporen soi's, zwangerschapstesten enzovoort) blijft erg betaalbaar.

Een multidisciplinair team

Zoals hierboven vermeld, bieden de CPF diverse soorten van dienstverlening aan: medische, psychologische, sociale, juridische enzovoort. Dankzij samenwerking en samenspraak binnen de teams van CPF wordt elke persoon in zijn totaliteit beschouwd en kan hij/zij binnen dezelfde structuur op al zijn vragen een antwoord vinden. Dat zorgt onder meer voor een besparing op verplaatsingen en kosten. Eenzelfde probleem kan dus vanuit verschillende invalshoeken worden bekeken.

Gezellige plaatsen

CPF zijn structuren buiten het ziekenhuis, waar een gezellige sfeer heerst, die voor iedereen toegankelijk zijn (ongeacht leeftijd, geslacht, afkomst, geloofsovertuiging...) en die relatief gespreide openingsuren kennen (ook 's avonds en in het weekend open). Doorgaans bevinden ze zich op plaatsen die gemakkelijk met het openbaar vervoer te bereiken zijn.

De ontoereikende kennis van het publiek wat het relationele, affectieve en seksuele leven (VRAS) betreft, de verpaupering van de bevolking, de weer opduikende betwistingen over het recht op zwangerschapsafbreking..., bevestigen stuk voor stuk het belang van de CPF. Door de financiële toegankelijkheid voor seksuele gezondheidszorg te verzekeren, zijn de centra voor gezinsplanning essentiële vectoren voor de gezondheid en het welzijn van iedereen. Maar ze zijn meer dan dat. Door hun gezellige sfeer, hun verankering op het terrein en hun multidisciplinaire dynamiek bevorderen ze tegelijk de sociale en culturele toegankelijkheid met betrekking tot thema's die het seks- en gevoelsleven aangaan.

2.1.3 Uitdagingen voor de sector

In een context die talrijke sociale, economische, maatschappijgebonden, institutionele en internationale omwentelingen, heeft de sector van de gezinsplanning af te rekenen met een aantal bedreigingen en uitdagingen. Een kort overzicht.

¹⁷⁸ Als de persoon in orde is met het ziekenfonds.

Tekort aan huisartsen en mogelijk verlies van erkenning

Het toenemende tekort aan huisartsen is een algemeen bekend fenomeen. We vermoeden dat dit tekort nog uitgesprokener zal worden in de ambulante sectoren van openbaar welzijn en gezondheid, want een hele generatie dokters met een 'militanter' profiel is vandaag met pensioen of vertrekt binnenkort. Bepaalde van onze structuren ondervinden nu al grote moeilijkheden bij het aanwerven van huisartsen en zeker van huisartsen die opgeleid zijn voor het uitvoeren van abortussen. Dat kan op middellange termijn tot een ontoereikend dienstenaanbod leiden. Vandaag biedt enkel het Departement Algemene Geneeskunde van de ULB, in samenwerking met GACEHPA¹⁷⁹, gemotiveerde studenten en assistenten een praktijkopleiding VZA, gespreid over drie jaar. Dat opleidingsaanbod is echter absoluut onvoldoende. Het is hoog tijd dat andere universiteiten zich op dat gebied engageren.

Bovendien beantwoordt een aantal van onze artsen, die hoofdzakelijk of uitsluitend voor gezinsplanning werken, niet meer aan de criteria voor de erkenning van huisartsen zoals vastgelegd bij ministerieel besluit van 1 maart 2010.¹⁸⁰ Als ze die erkenning verliezen, zouden ze elke mogelijkheid om hun beroep en hun specifieke bekwaamheden uit te oefenen, kunnen kwijtspelen. Binnen de context van het huisartsentekort zal dat uiteraard niet zonder gevolgen zijn voor de toegankelijkheid van de dienstverlening.

Problematiek van de forfaitaire wijkgezondheidscentra

Het aantal wijkgezondheidscentra dat het forfaitmodel toepast, neemt toe. Dat geïntegreerde gezondheidsmodel heeft gevolgen voor onze sector.

Patiënten zijn in principe verplicht om voor hun huisartsconsultaties naar het wijkgezondheidscentrum te gaan waarbij ze zijn aangesloten. Wanneer de CPF de derdebetalersregeling toepassen voor een huisartsconsultatie die verband houdt met de seksuele en reproductieve gezondheid (kleine gynaecologie, screening enzovoort), dan moeten ze zich ervan vergewissen dat de patiënt niet bij een wijkgezondheidscentrum is aangesloten. Of ze moeten het wijkgezondheidscentrum waarbij de patiënt is aangesloten, kennen om de terugbetaling van de consultatie te vragen. Die informatie is moeilijk te verkrijgen van de patiënt, die soms niet op de hoogte is van de exacte toestand (jonge meisjes, bijvoorbeeld, die aangesloten zijn bij het wijkgezondheidscentrum).

179 Groupe d'Action des Centres Extra Hospitaliers Pratiquant l'Avortement.

180 Dit geldt ook voor sectoren als hulp aan drugsverslaafden, consultaties bij Kind en Gezin enz.

trum van hun ouders). Bijgevolg eisen sommige CPF, wegens verzuim van terugbetaling, de volledige betaling van de consultatie (wat afbreuk doet aan de toegankelijkheid van de dienstverlening). Of ze nemen het risico niet terugbetaald te worden (wat een aanzienlijke domper is voor hun financiële toestand). Meer fundamenteel is het probleem van het vertrouwen. Het feit dat het wijkgezondheidscentrum ervan op de hoogte wordt gesteld dat een patiënt bij gezinsplanning op consultatie is geweest en zeker als hen een rapport van die consultatie wordt overgemaakt (voor contraceptie of een vrijwillige zwangerschapsafbreking bijvoorbeeld), betekent een schending van het vertrouwen en dat is precies wat de patiënt vaak wil vermijden.

De overeenkomst VZA-RIZIV, anticonceptiemaatregelen voor jongeren: welke toekomst in het federale België?

Het vlinderakkoord voorziet in een overdracht van bevoegdheden naar gewesten en gemeenschappen, waaronder een reeks Riziv-overeenkomsten voor functionele revalidatie.¹⁸¹ De VZA-overeenkomst is *stricto sensu* geen revalidatieovereenkomst, maar wordt ermee gelijkgesteld. Ze wordt in het akkoord trouwens niet vermeld, maar de logica van de bevoegdhedenoverdracht impliceert dat dit bij een volgende staatshervorming wel het geval zou kunnen zijn. Men weet perfect dat de overgedragen bedragen voor sociaal beleid en gezondheid niet alle behoeften zullen dekken, vooral niet in Wallonië en Brussel.

Men zal dus waakzaam moeten zijn wat de wettelijke toegang tot VZA betreft als er op een dag van een dergelijke overdracht sprake is. Een soortgelijke onzekerheid vinden we bij de maatregel (de zogenaamde 'Demottemaatregel') waarbij in apotheken gratis anticonceptie wordt verstrekt aan jongeren onder de 21 jaar die in orde zijn met de mutualiteit.

Een betere toegankelijkheid voor specifieke groepen

Hier moeten we een vaststelling vermelden. Onze sector komt weinig in contact met groepen mensen die zich in bijzonder precaire levensomstandigheden bevinden (daklozen, illegalen, asielzoekers enzovoort). Die specifieke groepen zijn niet noodzakelijkerwijze op de hoogte van het bestaande dienstenaanbod. Er zou een betere samenwerking moeten komen met de veldwerkers, zowel op het gebied van consultaties als voor EVRAS (relationele, affectieve en seksuele voorlichting). De procedure voor het verkrijgen van dringende

¹⁸¹ Het gaat om revalidatieconventies gesloten tussen het RIZIV en alle instellingen uit dezelfde sector met betrekking tot een bepaalde problematiek: diabetes, luchtwegenaandoeningen, psychische en neurologische stoornissen enz.

medische hulp (DMH) is omslachtig en wordt door de OCMW's soms erg willekeurig toegepast. Dat is een belangrijke beteugeling, voornamelijk wat vrijwillige zwangerschapsafbreking betreft, waarvan de kostprijs op ongeveer € 450¹⁸² wordt geschat.

Een andere vaststelling is dat onze structuren weinig toegankelijk zijn voor personen met een fysieke of mentale beperking. In de toekomst zal de 'fysieke' toegankelijkheid van de CPF moeten verbeteren voor personen met een beperkte mobiliteit, maar zullen ook nieuwe bekwaamheden, nieuwe netwerken en nieuwe specifieke hulpmiddelen moeten worden ontwikkeld voor alle soorten van beperkingen.

Tot slot vermelden we nog de toegankelijkheid voor de groep van LGBT.¹⁸³ De CPE, die historisch gericht zijn op de seksuele en reproductieve gezondheid van heteroseksuele vrouwen, doen weinig om de ontvangst van die personen zichtbaarder te maken. Ook hier moeten nieuwe specifieke hulpmiddelen en bekwaamheden worden ontwikkeld.

Algemene verbreiding van EVRAS¹⁸⁴ in de Fédération Wallonie-Bruxelles

Vanaf 2008-2009 hebben de betrokken regeringen van de drie federale entiteiten voor zaken in verband met EVRAS (Fédération Wallonie-Bruxelles pour l'Enseignement obligatoire, la Promotion de la Santé et l'Égalité des Chances; Wallonië en COCOF¹⁸⁵ voor gezinsplanning) zich ertoe verbonden de animatiemodules van EVRAS snel te verspreiden in de onderwijsinstellingen van de Fédération Wallonie-Bruxelles. Vandaag is dat objectief nog verre van bereikt, ondanks een merkbare vooruitgang (zoals de invoering in juli 2012 van EVRAS in het decreet dat het leerprogramma van de scholen vastlegt en de oprichting van EVRAS-steunpunten in de plaatselijke *Centres de promotion de la santé* (CLPS)). Niet alle scholen werden echter bereikt (vooral de technische en beroepsrichtingen vielen uit de boot). Voor de sector gezinsplanning is dit echter van groot belang voor het informeren van jongeren en het promoten van de seksuele en reproductieve gezondheid.

182 Buiten de tussenkomst van het ziekenfonds.

183 Lesbiennes, homoseksuelen, biseksuelen, transgenders.

184 *Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle.*

185 De COCOF is de *Commission Communautaire Française*/Franse Gemeenschapscommissie.

Een opflakking van 'niet-vrije keuze' op Europees niveau

We zijn bijzonder ongerust over de opflakking in Europa van conservatieve en reactionaire strekkingen op het gebied van seksuele en reproductieve vrijheden, voornamelijk in verband met het uitvoeren van vrijwillige zwangerschapsafbrekingen.

2.1.4 Aanbevelingen

Met betrekking tot die factoren, bedreigingen en uitdagingen adviseren we het volgende:

- Het opnemen van de opleiding technieken voor vrijwillige zwangerschapsafbreking in de basiscursus geneeskunde aan de diverse Franstalige universiteiten in België.
- Een oplossing op federaal niveau in verband met het mogelijke verlies van de erkenning voor huisartsen.
- Behoud van de Riziv-overeenkomst betreffende vrijwillige zwangerschapsafbreking op federaal niveau.
- Waakzaamheid voor het 'antikeuze' discours op Europees niveau.
- Een echte algemene verbreiding van EVRAS op het grondgebied van de Fédération Wallonie-Bruxelles.
- Regionaal steunbeleid (Wallonië en COCOF) voor de toegankelijkheid voor diensten van de centra voor gezinsplanning voor personen met een beperkte mobiliteit en personen met een verstandelijke of geestelijke beperking.
- Een betere toepassing op het gemeentelijke vlak van de procedures voor dringende medische hulp door de OCMW's.

2.2 Perinatale zorg aan kwetsbare vrouwen: knelpunten en aanbevelingen

Hanan BEN ABDESLAM, stafmedewerker expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan

2.2.1 Toegang tot anticonceptie

Onderzoek

Het expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan onderzocht in 2006 de noden van kwetsbare (zwangere) vrouwen in Brussel, aan de hand van een litera-

tuurstudie en een inventarisatie van de noden van Brusselse ziekenhuizen en organisaties. Hieruit bleek dat kwetsbare (zwangere) vrouwen vooral nood hebben aan voorlichting over anticonceptie.

Uit rapporten¹⁸⁶ blijkt dat Brussel de hoogste abortuscijfers heeft van België (één op vier vrouwen in Brussel).

Een onderzoek¹⁸⁷ wijst uit dat 40% van alle vrouwen die in Belgische abortuscentra een abortus ondergingen, van allochtone afkomst is.

Abortus

In 2011 liet het expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan, in samenwerking met de KULeuven, een eigen literatuurstudie uitvoeren. Deze studie tracht aan te geven wat de invloed is van het contraceptieve gedrag op het allochtone abortuspercentage, om in de toekomst een meer effectieve en beter aangepaste preventieve zorg te kunnen bieden. Het onderzoek bevestigde dat allochtone vrouwen een significant verhoogd risico op abortus hebben. Dit is grotendeels te wijten aan de geringe kennis van anticonceptiegebruik en het vaker onjuist toepassen van anticonceptie in vergelijking met autochtone vrouwen.

Het zijn dus vooral socio-economische en culturele en religieuze factoren die een negatief effect hebben op het contraceptionele gedrag van allochtone vrouwen. Dit geldt evenzeer voor autochtone kwetsbare vrouwen in slechte socio-economische situaties. Deze factoren zorgen voor een verhoogd risico op abortus. In Brussel Hoofdstad is er voor deze groep vrouwen nood aan preventieve, doelgroepgerichte informatieverstrekking en begeleiding. Ook Europese studies tonen ditzelfde terugkerende probleem aan binnen de allochtone abortuspopulatie.

Armoede

Een recente studie van de Universiteit van Antwerpen, OASeS bevestigt dat personen van buitenlandse herkomst in een 'hallucinante' armoede leven. Zo omschrijft het jaarboek *Armoede en sociale uitsluiting* van de armoedeonderzoeksgroep OASeS de armoedecijfers voor personen van buitenlandse herkomst. Het armoederisico bedraagt voor Belgen 12%, voor mensen afkomstig

186 Rapport van de Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsonderbreking (2007).

187 Onderzoek H. NEEFS en S. VISSERS, *De vraag om zwangerschapsafbreking bij allochtone vrouwen in Vlaanderen*, Centrum voor medische sociologie en gezondheidsbeleid, K.U. Leuven, 2004.

uit het noordwesten van Europa 18%, voor Zuid-Europeanen (Spanje) 22%, voor Turken 33% en voor mensen van Marokkaanse origine 54%. Nog schrijnender is het voor mensen zonder papieren, waarvoor een risicocijfer van 95% (DIERCKX, D., VRANKEN, J., COENE, J. en VAN HAARLEM, A. [red.], *Armoede en sociale uitsluiting*, Acco, Leuven, 2011).

Armoede uit zich zowel op het vlak van huisvesting als door gebrek aan financiële middelen, met alle gevolgen van dien, bijvoorbeeld voor de (reproductieve) gezondheid.

Allochtonen

De literatuurstudie die de KULeuven uitvoerde in opdracht van het Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan leverde een aantal gegevens op.

- In Brussel, het hart van Europa, stijgt het aantal allochtone abortuscliënten.
- Allochtone vrouwen hebben een significant verhoogd risico op abortus.
- Het anticonceptiegebruik is aanzienlijk lager bij de allochtone dan bij de autochtone abortuscliënten.
- Een significant deel van de allochtone vrouwen gebruikt geen enkele vorm van anticonceptie, ofwel doen ze het op een foutieve manier, wat het risico op abortus in de hand werkt.

Hieruit kunnen we enkele essentiële conclusies trekken.

Er is een belangrijk verschil in anticonceptiegebruik tussen nieuwkomers en de gevestigde, meestal tweedegeneratieallochtone, jonge vrouwen. Bij de nieuwkomers speelt vooral onwetendheid een belangrijke rol, door de slechte socio-economische situatie waarin velen zich bevinden. De gevestigde allochtone vrouwen hebben deze kennis meestal wel en gebruiken vaak ook anticonceptie. Maar zij passen de anticonceptie niet altijd correct toe, vooral door cultureel en/of religieus bepaalde overtuigingen, die in veel gevallen van grote invloed zijn op het contraceptieve gedrag van deze vrouwen (PEETERS, F. en BEN ABDESLAM, H., *“Inzichten in het contraceptieve gedrag van allochtone abortuscliënten in Brussel Hoofdstad: Hart van Europa”*, 2011).

Ook het dossier ‘Rondetafel kwetsbare Migranten’ (van Sensoa, Hivsam en ICRH, 2011) bevat relevante informatie.

Het rapport van de Nationale Evaluatiecommissie zwangerschapsonderbreking biedt geen gedetailleerde informatie over het aantal allochtone vrouwen en meisjes dat in ons land een abortus laat uitvoeren. Uit het onderzoek bij cliënten van abortuscentra in Vlaanderen en Brussel (Vissers, 2004) blijkt dat 40% van de vrouwen die een abortus laten uitvoeren, van allochtone afkomst is. 80% van deze groep zijn nieuwkomers.

Bij de min-20-jarigen zien we een zeer groot verschil in abortuscijfers tussen Vlaanderen en Brussel: Vlaanderen 4/1000, Brussel 11/1000 meisjes. Dit verschil is toe te schrijven aan het percentage niet-Belgen, dat hoger is in Brussel dan in Vlaanderen.

Kennis

Ook andere actoren beklemtonen de nood aan meer basisinformatie over anticonceptie, zoals de beschikbaarheid en de kostprijs (waaronder de terugbetaling). Er bestaan veel misvattingen over voorbehoedsmiddelen: hoe ze correct moeten worden gebruikt, wanneer ze moeten worden gebruikt en hun invloed op langere termijn. Dit kadert in een algemeen gebrekkige kennis van het eigen lichaam, vruchtbaarheid en zwangerschap. Ongeplande/ongewenste zwangerschap is een frequente reden van consultatie. De vraag naar abortus wordt meestal niet expliciet gesteld omdat ze (cultureel) als ongepast wordt beschouwd.

Getuige hiervan zijn enkele citaten uit de eerste testfase van het project 'Kwetsbare (zwangere) vrouwen in Brussel', waarbij in 2009 een bevraging en evaluatie werd uitgevoerd bij 94 kwetsbare vrouwen in Brussel.

'Toen ik jong was, werd daar nooit over gesproken. Er werd mij alleen gezegd dat als je menstrueert je uit de buurt van de jongens moest blijven. Ik stel mij daar meer vragen rond, naarmate ik ouder word.'

'Mijn ouders gaan ervan uit dat ik niet seksueel actief ben en dus wordt er ook niet over gesproken thuis, het onderwerp is taboe.'

'Ik neem geen anticonceptie meer, anders blijft het bloed opgestapeld in mijn lichaam en krijg ik daardoor een hersenbloeding.'

Het evaluatierapport van de eerste vormingen – die door het expertisecentrum Volle Maan gegeven werden aan een vijftal Brusselse organisaties die kwetsbare (zwangere) vrouwen bereiken – bevat een kwantitatief en een kwa-

litatief luik. Vooral het laatste bevestigt dat er nog veel werk is aan de informatiedoorstroming over reproductieve gezondheid.

Er werd in het kwalitatieve gedeelte immers vastgesteld dat:

- onwetendheid en mythes invloed hebben op het gebruik van anticonceptie;
- de meeste deelnemers hun informatie over anticonceptie kregen vanuit hun omgeving en vriendenkring;
- zowel de eerste als de tweede generatie meldden dat ze door de arts te weinig geïnformeerd werden over het volledige aanbod en de bijwerkingen;
- iedereen vond dat mannen ook gesensibiliseerd moesten worden om mee te participeren;
- de meesten anticonceptie duur, maar onmisbaar vinden.

Er is duidelijk een groot tekort aan correcte informatie!

Besluit

Alle onderzoeken en literatuurstudies bevestigen het schrijnende tekort aan informatie over anticonceptie en de zeer grote preventieve waarde van goede voorlichting. Kwetsbare vrouwen leven in omstandigheden waarin ze kansarm zijn (financieel en materieel) en geïsoleerd raken. Onwetendheid en culturele taboes maken hen nog kwetsbaarder. Vaak zijn ze genoodzaakt om prioriteit te geven aan hun dagelijkse basisbehoeften (eten, drinken en een onderdak) ten nadele van hun eigen seksuele en reproductieve gezondheid, met alle gevolgen hieraan verbonden. Ze blijven tot het uiterste in een isolement en komen dikwijls te laat aankloppen voor hulp.

Meerdere onderzoekers, zoals LOEBER (2003), RADEMAKERS *et al.* (2005), DECOODT *et al.* (2009), wijzen erop dat taboes, mythes en culturele tradities de seksuele en reproductieve gezondheid van (kwetsbare) migranten kunnen belemmeren. Het taboe om over seksualiteit te praten, kan ervoor zorgen dat anticonceptie niet wordt gevraagd, hiv-tests niet worden uitgevoerd, (eergereleerd) geweld niet wordt aangegeven, abortus niet bespreekbaar is.

De noden van kwetsbare migranten met betrekking tot hun seksuele en reproductieve gezondheid moeten worden gekaderd vanuit hun culturele achtergrond. Het taboe op het spreken over seksualiteit werd daarbij veelvuldig aangehaald. Zowel professionals als mensen van de doelgroep gaven aan dat het moeilijk is om te spreken over anticonceptie, abortus, seksuele beleving,

tienerzwangerschappen, maagdelijkheid, besnijdenis, hiv en homoseksualiteit. Migranten praten er niet over met hun partner of familie en de stap naar de hulpverlening is groot. Praten met een buitenstaander over een intiem taboeonderwerp ligt moeilijk, ook voor westerse vrouwen. De houding van migranten tegenover vruchtbaarheid en anticonceptie wordt voor een groot deel beïnvloed door hun cultuur. Zo is abortus in sommige culturen een moeilijk thema, terwijl het in andere meer bespreekbaar is. De man-vrouwverhoudingen zijn in elke cultuur anders, wat vaak leidt tot verwarring over het gedrag dat van hen verwacht wordt in relaties tussen mannen en vrouwen. Culturele en religieuze overtuigingen botsen. Er zijn andere overtuigingen en belevingen over huwelijk, zwangerschap, borstvoeding en seksualiteit (Dossier 'Rondetafel kwetsbare Migranten' van Sensoa, HIVsam en ICRH, 2011).

Door hun migratieachtergrond en het (culturele) taboe om over seksualiteit te spreken, hebben veel migranten een tekort aan informatie. De professionals en zijzelf geven aan dat ze een gebrekkige algemene kennis hebben van hun lichaam, vruchtbaarheid, voorbehoedmiddelen en seksueel overdraagbare aandoeningen. Ook zijn ze vaak vertwijfeld over de seksuele regels en omgangsvormen, waardoor het aangeven van seksueel geweld moeilijk ligt en ze openlijke prostitutie of transseksualiteit moeilijk kunnen plaatsen. Ze wensen ook meer informatie te krijgen over echtscheiding en sommigen ook over specifieke aspecten. Zo willen Afrikaanse vrouwen meer weten over wat ze moeten doen na een besnijdenis en waar ze een hiv-test kunnen laten afnemen. Mensen die met hiv leven, willen weten hoe ze nog kinderen kunnen krijgen. De doelgroep geeft daarbij aan dat ze graag informatie krijgt via verschillende bronnen (Dossier 'Rondetafel kwetsbare Migranten' van Sensoa, HIVsam en ICRH, 2011).

2.2.2 Toegang tot pre- en postnatale zorg

De cijfers liegen er niet om. Brussel kent een hoge perinatale morbiditeit en mortaliteit bij kwetsbare vrouwen en een hoge kinderarmoedegraad.

Gelijkheid in perinatale gezondheid is een belangrijke uitdaging, vooral omdat het leven van een foetus bepalend is voor zijn gezondheid als volwassene.

Kwetsbare vrouwen hebben een slechte toegang tot onze gezondheidszorg omdat ze niet goed weten hoe die in elkaar zit. De taalbarrière maakt het er niet gemakkelijker op.

Enkele concrete praktijkvoorbeelden worden vanuit onderzoek ondersteund.

Door socio-economische armoede en gebrek aan een netwerk om op terug te vallen, raakt deze doelgroep geïsoleerd, waardoor er geen prioriteit wordt gegeven aan reproductieve gezondheid. Het gevolg zijn ongewenste zwangerschappen met een slechte opvolging en/of zwangerschapsonderbreking.

Bij deze doelgroep is er vaak pas in een laat stadium van de zwangerschap opvolging, met een hoog risico op verwickelingen (diabetes, prematuriteit, bloedingen, eclampsie, soa, congenitale misvormingen...) en/of sterfte van moeder en/of kind. Meestal zijn de complicaties complex omdat ze door een gebrekkige opvolging van de zwangerschap niet vroegtijdig of preventief werden opgespoord.

Vrouwen zonder sociale zekerheid (ziekenfonds) vallen zeker uit de boot. Ook als ze door een OCMW-ziekenhuis opgevolgd worden, blijft het een probleem ze vroeg genoeg te bereiken om hun zwangerschap tijdig op te volgen en de nodige medische zorg te kunnen verlenen wanneer het nog mogelijk is. Ook postnatale zorg is een probleem. De zorg aan huis na de bevalling is een groot knelpunt bij mensen zonder papieren. De zelfstandige eerstelijnszorgverleners worden niet betaald, waardoor die doelgroep weer niet verder wordt opgevolgd.

Die kwetsbare vrouwen kampen door hun socio-economische situatie en isolement vaak met depressies en psychische problemen. Daarnaast is het aanbod om deze specifieke doelgroep te kunnen helpen, klein, met alle gevolgen van dien, zoals partnergeweld en kinderen met een laag zelfvertrouwen/zelfbeeld, wat op zijn beurt aanleiding geeft tot gedragsproblemen...

Het nieuwe drielingenbeleid, waardoor geen gratis nazorg kan worden geboden, heeft repercussies voor kansarmen. Kraamzorg door gezinszorgdiensten moet worden betaald, zodat deze doelgroep er weer alleen voor te staan.

2.2.3 Aanbevelingen

Voorlichting

Het expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan ondervond de nood aan cultuursensitieve voorlichting voor kwetsbare doelgroepen. Op het werkveld was er concreet nood aan de ontwikkeling van specifiek materiaal voor de doelgroep en geëigende achtergrondinformatie voor de begeleiders van vormingssessies. Daarom diende het expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan bij de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) een projectaanvraag in voor de ontwikkeling van een wetenschappelijk onderbouwde voorlichtingskoffer en een draaiboek.

Samenwerking

Door een betere samenwerking tussen praktijkwerkers en beleid kunnen de signalen van de werkvloer sneller worden verzameld en, indien nodig, middelen worden vrijgemaakt om een gepast antwoord te kunnen bieden. Hogescholen en universiteiten kunnen hier een belangrijke onderzoeksrol opnemen en een brug slaan tussen praktijkwerkers en de overheid.

Invloeden

Onderzoek uit verschillende landen kwam unaniem tot de volgende vaststellingen: het hoge abortuscijfer en het aantal ongewenste zwangerschappen in Europa bij allochtone meisjes en vrouwen, de nood aan preventieve voorlichting om onwetendheid en taboes weg te werken, de invloed van culturele tradities op de seksuele en reproductieve gezondheid en de impact van kansarmoede op het maken van juiste keuzes.

Preventie

Voldoende middelen om een continue campagne te voeren, zouden gezondheidswerkers en begeleiders van specifieke doelgroepen in staat moeten stellen om preventief te werken.

Laagdrempelig

De overheid zou iets moeten organiseren om de kansarme doelgroepen die uit de boot vallen, laagdrempelige gezondheidszorg, hier meer specifiek pre- en postnatale zorg, te kunnen aanbieden.

Kind en Gezin probeert de kwetsbare doelgroepen te bereiken, maar boekt weinig resultaat. De doelgroep moet vanuit de eigen omgeving laagdrempelig bereikt worden. Zo kan vertrouwen worden gecreëerd en daarna worden doorverwezen naar Kind en Gezin, naar artsen enz. Enkele organisaties, zoals Dokters van de Wereld (die medische bijstand verlenen aan de meest kwetsbaren) of het Perinataal Centrum van het Sint-Pietersziekenhuis in Brussel (dat dankzij de vzw Aquarelle kwetsbare moeders zonder onderscheid op consultatie ontvangt), leveren goed werk. Maar door een gebrek aan middelen geven die brugorganisaties nog geen antwoord op alle vragen.

Terugbetaling

Er zou een systeem moeten komen dat voorziet in terugbetaling aan eerste-lijnszorgverleners aan huis, zoals vroedvrouwen, verpleegkundigen en huis-

artsen, voor de zorg aan kwetsbare doelgroepen die geen sociale zekerheid of OCMW-rechten hebben.

We hopen dat het expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan zijn steentje heeft kunnen bijdragen tot een betere perinatale zorg aan kwetsbare vrouwen.

2.3 Gesprek met Dr. Willy Peers Centrum vzw, Antwerpen Onthaalmedewerker Marijke Van der Gucht en psychosociaal medewerker Katrijn Vangeel

Kan u het centrum en zijn rol beknopt beschrijven?

In het abortuscentrum doen we de consultatie voor de ingreep, de eigenlijke abortus en de controle. We werken met psychosociale medewerkers en artsen. Het vooronderzoek bestaat uit een eerste gesprek met een psychosociale medewerker over de keuze en de mogelijke psychosociale impact op de keuze en beslissing. Er wordt informatie gegeven over de procedure, de ingreep en de anticonceptie. Na een wettelijke wachttijd van zes dagen kan de vrouw, als ze dat wenst, terugkomen voor een abortus. Na twee weken is er een controleafspraak. Indien gewenst, krijgen vrouwen na de abortus gratis psychologische begeleiding, die bestaat uit maximaal vijf afspraken. Indien een langdurige begeleiding nodig is, verwijzen we hen door. Wij zijn actief onder de koepel Luna, met centra in Oostende, Gent, Hasselt, Antwerpen en Brussel. Buiten onze koepel zijn er nog een zelfstandig centrum in Lokeren en een centrum verbonden aan het Erasmus ziekenhuis in Antwerpen.

Wat is de belangrijkste hinderpaal met betrekking tot abortus?

De financiële situatie voor mensen zonder papieren is vaak de grootste hinderpaal. Een abortus kost € 460. Als je geen ziekteverzekering hebt, kan het voor sommige kwetsbare vrouwen een hinderpaal zijn. Als je een ziekteverzekering hebt, dan betaal je enkel het remgeld, dat € 1,72 bedraagt voor het vooronderzoek en € 1,72 voor de ingreep. Mensen voor wie de kosten echt een hinderpaal zijn, hebben niet het geld om tot hier te komen, dus we hebben niet echt een idee hoeveel mensen dat zijn. Wij hebben voor hen geen sociale dienst, ze moeten naar het OCMW gaan.

Zijn er veel mensen die zonder papieren naar het centrum komen?

Ja, toch zeker drie à vier cliënten per week. Meestal krijgen ze de dringende medische hulp. Hun aantal neemt toe.

Binnen welke termijn is dringende medische hulp te krijgen voor een abortus?

Het OCMW beschouwt abortus als iets apart, ze weten dat het snel moet gaan en ze proberen het te vereenvoudigen. Dit is echter niet zo simpel en het sociaal onderzoek vraagt tijd. Het duurt toch wel een paar weken voor het OCMW effectief een antwoord kan geven, vaak minimaal één maand.

Vrouwen willen vaak niet wachten en maken dan geen gebruik van de dringende medische hulp. Ze proberen zelf aan het geld te geraken. Wij zeggen vaak dat ze gerust even kunnen wachten, maar het is psychologisch niet evident om tien weken ongewenst zwanger te zijn. Dat is wel een probleem. Mocht dringende medische hulp sneller kunnen worden verkregen, dan zouden er veel meer vrouwen gebruik van kunnen maken.

Om welke redenen wordt dringende medische hulp geweigerd?

Omdat mensen een inkomen hebben of indien uit het sociaal onderzoek blijkt dat ze over voldoende financiële middelen beschikken. Maar ik denk dat het voor illegalen minder een probleem is omdat zij over dringende medische hulp beschikken. Het probleem ligt eerder bij Europeanen die geen ziekteverzekering hebben. Het duurt lang voordat hun papieren (bv. SIS-kaart) in orde zijn en ze moeten ook werk hebben, wat vaak niet het geval is. Europeanen krijgen ook niet zomaar het statuut vluchteling.

Het verschilt ook van OCMW tot OCMW. Onlangs werd bijvoorbeeld door een OCMW dringende medische hulp geweigerd omdat een vrouw voor de tweede keer zwanger was. Wij gaan hiermee niet akkoord. Het feit dat je wel of niet over een ziekteverzekering beschikt, mag toch niet bepalen hoeveel abortussen je kan ondergaan.

Wat gebeurt er met vrouwen (zonder papieren) die te laat komen voor een abortus?

Tijdens de eerste consultatie kunnen we een doorverwijzing regelen naar centra in Nederland, waar een abortus kan tot 22 weken. De kostprijs daarvan is tussen € 500 en € 1000. Wij hebben zo'n 3% gevallen per maand in ons centrum.

Denkt u dat vrouwen zonder papieren voldoende geïnformeerd zijn over hun rechten met betrekking tot toegang tot zorg?

Ik denk niet dat dit heel goed gekend is. Ze krijgen veel uitleg en papieren in een vreemde taal. Maar eigenlijk weten we dit niet zo goed, want mensen vinden soms gewoon de weg niet naar ons centrum.

Welke andere barrières zijn er rond abortus?

Sociale druk, druk van de familie en waarschijnlijk ook culturele barrières zorgen ervoor dat vrouwen niet tot hier komen en dat er nog veel in het geheim gebeurt. Het kan ook zijn dat vrouwen een abortus liever zelf betalen, omdat ze schrik hebben dat ze door hulp te krijgen van het OCMW als illegaal beschouwd kunnen worden. Vrouwen met een ziekteverzekering beslissen soms alsnog om alles zelf te betalen, omdat er nog een groot taboe en schaamte heersen rond abortus en ongewenste zwangerschap.

Is het aanbod voor diensten die rond abortus werken, voldoende in Vlaanderen?

Er zijn voldoende abortuscentra in Vlaanderen. Wat echter zeker kan verbeteren, is de bekendmaking van onze centra bij andere medische, psychosociale centra, OCMW e.d., zodat mensen gemakkelijker bij ons terecht komen.

Hebben jullie nog opmerkingen of aanbevelingen voor de toegang tot zorg en abortus in het bijzonder?

De werking van het OCMW en de verstrekking van de dringende medische hulp moeten eenvoudiger. De procedure moet ook sneller. Ook moet duidelijk gesteld worden dat de hulp die verstrekt wordt voor een abortus, los staat van iemand zijn statuut.

3. Toegang tot pre- en postnatale zorg en opvolging van kinderen**3.1 De gezondheid van toekomstige moeders, pasgeborenen en zwangere vrouwen vanuit het gezichtspunt van ONE**

Medische directie, Directie Onderzoek en Strategieën, ONE

Samenvatting

Het is de taak van ONE te waken over het belang van het kind via een preventief gezondheidsbeleid in de breedste zin van het woord. Om die taak naar behoren uit te voeren, richt ONE zijn acties op de ouders, die de belangrijkste rol vervullen bij het opvoeden van de kinderen. De begeleidingstaak focust zich

op het aanscherpen van de ouderlijke capaciteiten, het potentieel en de draagkracht van het gezin, veeleer dan zich te concentreren op de risico's en tekortkomingen. Dat betekent niet dat aan die laatste aspecten geen aandacht wordt besteed. Historisch gezien is dat de eerste taak die door ONE werd ontwikkeld.

In 2012 maakten 16.400 toekomstige moeders en 160.000 kinderen onder de zes jaar gebruik van een van de diensten van ONE, voor een totaal van 55.000 geboortes. Dankzij de brede werking op het gebied van preventie door talrijke plaatselijke medisch-sociale teams, een permanente evaluatie via de Medisch-Sociale Gegevensbank en de steun van de Cel Studie en Strategie, is ONE in staat diverse vaststellingen te doen.

Dit artikel geeft een samenvatting van de belangrijkste acties die ONE voert voor de best mogelijke preventie op het gebied van medisch-sociale begeleiding van toekomstige moeders, zwangere vrouwen en pasgeborenen. Er worden ook enkele richtlijnen gegeven, ondersteund door statistieken over sociale ongelijkheden betreffende gezondheid die nog al te vaak voorkomen en hardnekkig blijken te zijn.

Het *Office de la Naissance et de l'Enfance* (ONE) is het officiële aanspreekpunt van de *Fédération Wallonie-Bruxelles* (Franse Gemeenschap van België) voor alle vragen betreffende kinderen, het beleid rond en de bescherming van moeder en kind, de medisch-sociale begeleiding van de (toekomstige) moeder en het kind, kinderopvang buiten het familiale kader en ouderschapsondersteuning.

Wat omvat de 'begeleidingsfunctie' van ONE?

De 'begeleidingsfunctie', de medisch-sociale opvolging dus, was historisch gezien de eerste functie die door ONE werd ontwikkeld. De wet van 5 september 1919, die de oprichting van het *Ceuvre Nationale de l'Enfance* (Nationaal Werk voor Kinderwelzijn) mogelijk maakte, was het resultaat van verschillende initiatieven, die vanaf het begin van de 20ste eeuw en vooral tijdens de oorlog 1914-1918 regionaal werden opgezet met het oog op de bescherming van het kind en de strijd tegen kindersterfte, door voedselhulp en tips voor een betere hygiëne. Veel van die initiatieven droegen toen de naam 'Melkdruppel' (Goutte de lait).

Vandaag organiseert ONE in het kader van zijn preventieve medisch-sociale activiteiten, naast het promoten van de preconceptionele consultatie, ook prenatale consultaties op 26 plaatsen, een eerste ontmoeting met de ouders en de pasgeborene na de bevalling in alle Franstalige kraamklinieken van de FWB en consultaties voor kinderen in alle gemeenten van de FWB (615 centra en 6

gezondheidsbussen). Bijna 1000 onafhankelijke artsen, gynaecologen, kinderartsen, huisartsen en vroedvrouwen werken met ONE samen door een deel van hun werkuren aan die medische consultatie te besteden.

Gezinnen die opgevolgd worden, kunnen, afhankelijk van hun behoeften, tijdens de zwangerschap, in de kraamkliniek en tijdens de eerste zes levensjaren van het kind begeleiding krijgen van een medisch-sociaal werker (TMS). De TMS begeleidt de gezinnen bij medische consultaties, gesprekken in de centra, thuisbezoeken of diverse collectieve activiteiten die door elke plaatselijke afdeling in het kader van 'Projets Santé Parentalité' worden georganiseerd. Bij die gelegenheden kan de TMS uitleg geven over de zwangerschap, de ouders informatie geven over wat ze na de geboorte van het kind mogen verwachten, bepaalde sociale problemen met betrekking tot de geboorte in samenwerking met alle betrokkenen proberen op te lossen en gezinnen in hun rol van ouder steunen. In 2012 maakten 16.400 aanstaande moeders en 160.000 kinderen onder de zes jaar gebruik van een van de diensten van ONE, voor een totaal van 55.000 geboortes.

Sinds 1985 verleent ONE zijn medewerking en steun aan multidisciplinaire teams, 'Equipes SOS enfants' genoemd. Het is hun taak op te treden in geval van mishandeling, seksueel misbruik of grove nalatigheid tijdens de zwangerschap of tegenover elk kind jonger dan 18 jaar. De teams bestaan uit sociaal assistenten, psychologen, dokters en juristen. Momenteel zijn er vijftien van dergelijke teams, waarvan de werking het volledige grondgebied van de FWB bestrijkt.

In de loop van zijn bestaan en vooral in de jaren 1970-1980 ontwikkelde ONE een tweede actiepijler, de opvang van kleine kinderen tussen nul en drie jaar. Meer recent, sinds het begin van de jaren 2000, kreeg het de goedkeuring voor initiatieven voor buitenschoolse opvang van kinderen tussen drie en twaalf jaar. In dat kader ontstond de preventieve medische opvolging voor kinderen onder de drie jaar, naast globale opvolging van de gezondheid in alle niet-occasionele gemeenschappelijke opvangdiensten.

De gezondheid van toekomstige moeders en jonge kinderen: vaststellingen van ONE

Dankzij de brede werking van de vele plaatselijke medisch-sociale teams op het vlak van preventie, een permanente evaluatie via de Medisch-Sociale Gegevensbank en de steun van de Cel Studie en Strategie, kon ONE diverse vaststellingen doen.

De preconceptionele consultatie

Hoewel talrijke studies¹⁸⁸ aantonen hoe belangrijk het is om tijdens de preconceptionele periode preventieve maatregelen te nemen (screening, vaccinatie, supplementen, afkicken), lijken zowel het grote publiek als de professionele zorgverstrekkers zich daar niet voldoende van bewust te zijn. ONE is en was een belangrijke stuwende kracht voor het verspreiden van die boodschap¹⁸⁹, maar de concrete verwezenlijking van die consultaties behoort niet tot zijn taken. Dat is veeleer de taak van de behandelende artsen, privégynaecologen, wijkgezondheidscentra en de centra voor gezinsplanning.

Nochtans zijn de eerste tekenen van sociale ongelijkheid op het gebied van gezondheid in die preconceptionele periode al merkbaar. In de praktijk blijkt immers dat de meeste preconceptionele consultaties gebeuren op vraag van bewuste patiënten die goed geïnformeerd zijn.¹⁹⁰

Tijdens een onderzoek bij 1562 vrouwen in de Fédération Wallonie-Bruxelles¹⁹¹ werd duidelijk dat ongeschoolde of laagopgeleide vrouwen doorgaans minder op preconceptionele consultatie (17%) komen dan hoogopgeleide vrouwen (38%).

De prenatale opvolging

Om historische en budgettaire redenen is de geografische verspreiding van de prenatale consultaties niet homogeen. Er is een groter aanbod in de provincie Henegouwen (38%), Luik (18%) en in Brussel (39%)¹⁹², in achtergestelde wijken en openbare ziekenhuizen. Met een bereik van bijna 30% van de toekomstige moeders noteert ONE een constante toename van die gratis consultaties.¹⁹³

188 Preconception care and preconception health, program and abstracts, First European Congress, Brussel, 6-9 oktober 2010, one.be.

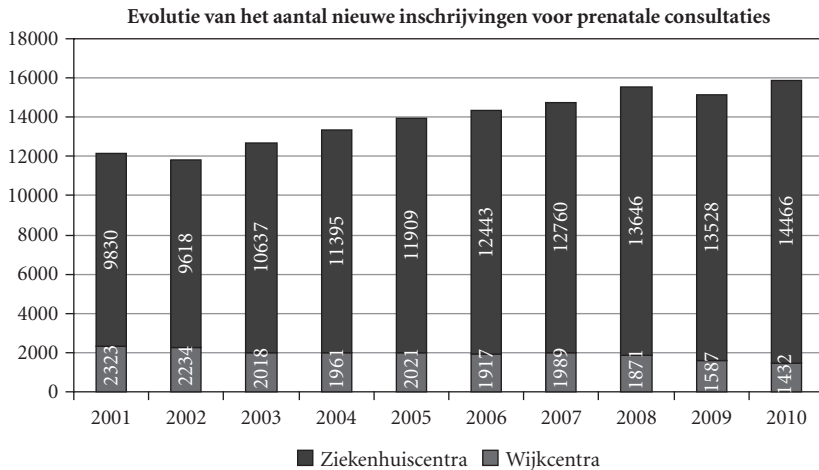
189 Prof. P. DELVOYE, *La santé préconceptionnelle à destination des professionnels de la santé en Fédération Wallonie Bruxelles* (Preconceptionele gezondheid voor gezondheidszorgbeoefenaars in de Federatie Wallonië-Brussel), 2011, Ed. ONE.

190 'Show your love', de nieuwe campagne ter promotie van de preconceptionele gezondheid in de Verenigde Staten. Gilles Ceysensa en het College van adviseurs gynaecologen en verloskundigen van het ONE (K&G), 2013, Gunaikaia.

191 Enquête over het traject van kinderen van een jaar in de actievelden gezondheid, ouder-schapsondersteuning en opvang, studie uitgevoerd voor het ONE door Dedicated Research, november 2012.

192 Medico-sociale databank van het ONE gegevens 2009.

193 Jaarrapport ONE 2011, bron Directie van de Raadplegingen en Huisbezoeken, p. 31.



Uit analyse van het sociaaleconomische profiel van toekomstige moeders die bij ONE op prenatale consultatie gaan, blijkt dat **die groep zich van het totaal van bevallen vrouwen onderscheidt door een reeks kenmerkende kwetsbaarheidsfactoren.**¹⁹⁴

- **Toekomstige moeders jonger dan twintig jaar zijn** proportioneel sterker vertegenwoordigd, bijna **vier keer meer**: 8,7% tussen 2006 en 2009 tegenover 2,6% voor de volledige groep met pasgeborenen.
- **Alleenstaande toekomstige moeders** nemen 7,3% in tegenover 3,6% van de totale groep, **het dubbele dus**.
- Slechts iets meer dan een derde van hen heeft een **beroepsactiviteit**.
- 13% heeft het lager middelbaar onderwijs niet afgemaakt.
- Wat de oorspronkelijke nationaliteit van die zwangere vrouwen betreft, heeft **2/3 de Belgische nationaliteit, het andere derde is van buitenlandse afkomst**. Die laatste groep is afkomstig uit ongeveer 140 verschillende landen, 45% van hen verblijft minder dan vijf jaar in België, van wie 13% minder dan één jaar.
- **¼ van de opgevolgde zwangere vrouwen rookt**.

¹⁹⁴ Rapport 2010 Medico-sociale databank, ONE, D/ 2011/74.80/84, 'Comment évolue la population des femmes enceintes suivies à l'ONE?' (Hoe evolueert de populatie van zwangere vrouwen die worden opgevolgd bij het ONE) p. 209-210.

- In 2009 was 8% van die vrouwen **niet gedekt door een zorgverzekering**; die groep was in Brussel proportioneel bijna drie keer zo groot.
- Ook bleek dat **zwangerschappen pas in een later stadium worden opgevolgd**, in het bijzonder bij vrouwen jonger dan twintig jaar van wie 35% in de twaalfde zwangerschapsweek nog niet op consultatie was geweest.

Ondanks die ongunstige statistieken, blijken, volgens de gegevens waarover wij beschikken (gegevens over de zwangerschapsafloop voor $\frac{3}{4}$ van de ontvangsten ‘prenatale luiken’), **de gezondheidsindicatoren voor pasgeborenen iets beter te zijn** (7,0% voor wat te laag geboortegewicht betreft, 7,1% wat vroeggeboorten betreft) **dan die voor de bevolking in het algemeen**. Op basis van die resultaten kunnen we besluiten dat prenatale consultaties voor de armste bevolkingsgroepen een fundamentele rol spelen bij de medisch-sociale bescherming van de zwangerschap.

Verblijf in de kraamkliniek

Tegenwoordig zijn de medisch-sociaal werkers (TMS) van ONE in alle Franstalige kraamklinieken van België vertegenwoordigd (Waals Gewest en Brussel). Ze gaan op bezoek bij de kersverse ouders en leggen er de basis voor de preventieve opvolging van de pasgeborene.

Die werkers zijn het best geplaatst en stellen vast dat het aantal moeders die de kraamkliniek vervroegd verlaat, toeneemt. Hoewel dat fenomeen in Europa algemeen is, op het medische vlak deels te rechtvaardigen is en een deel van de kersverse moeders dat ook kan waarderen, heeft dat vroege verlaten van het ziekenhuis vooral in België gevolgen. Het organiseren van vroege thuisopvolging (voornamelijk door vroedvrouwen) wordt immers meestal overgelaten aan plaatselijke privéactoren (ziekenhuisdiensten, zelfstandige vroedvrouwen).

ONE is ongerust over deze evolutie en maakte in 2012-2013 een analyse van die situatie over aan de Ecole de santé publique van de ULB, het Agence Intermutualiste (A.I.M.) en de Groupe Interdisciplinaire de Périnatalité (GIP). De resultaten van dat onderzoek¹⁹⁵, dat momenteel in zijn eindfase zit, zijn nog niet gepubliceerd. Toch is het al duidelijk dat het fenomeen van

195 N.MOREAU, M.RUTTIENS, N.REGUERAS, J.GUILLAUME, R.VANDERLINDEN, S.ALEXANDER en P. HUMBLET, *Onderzoek ADELE, Accompanyer le retour au domicile de l'enfant et sa mère: organiser les liens et évaluer* (De terugkeer naar huis van het kind en zijn moeder begeleiden: de banden organiseren en evalueren), onderzoek momenteel aan de gang, ESP ULB, AIM, GIP.

het vroege ziekenhuisverlaten¹⁹⁶ in 2010¹⁹⁷ beperkt bleef tot één op de tien moeders, van wie een vierde buiten het ziekenhuis geen enkele medische opvolging kreeg (dokter of vroedvrouw) binnen de zes weken na de terugkeer naar huis.

Dit onderzoek belicht ook de sociale ongelijkheden op het vlak van de gezondheid, want vervroegd naar huis gaan zou vaker voorkomen bij vrouwen die een RVV-statuut¹⁹⁸ hebben dan bij vrouwen die niet van dat statuut genieten (14,7% tegenover 9,1%).

Met het oog op de erg uitgebreide gegevens die dat onderzoek begin 2014 zal opleveren, is het belangrijk dat alle professionele gezondheidswerkers die belast zijn met de opvolging van bevallen vrouwen en borelingen, zich bereid verklaren hun krachten te bundelen om een optimale en niet-discriminerende opvolging van deze bevolkingsgroep te organiseren.

Nog steeds volgens hetzelfde onderzoek¹⁹⁹ hebben alleenstaande vrouwen trouwens sneller de neiging om de kraamkliniek vervroegd te verlaten. Ze vertegenwoordigen 26% tegenover de 14% vrouwen die op het moment van de bevalling samen met een partner leven. Het opleidingsniveau heeft een invloed op de duur van het verblijf. Vrouwen met een opleidingsniveau gelijkwaardig aan het basisonderwijs blijven aanzienlijk minder lang (18% blijft minder dan vier dagen, bij andere vrouwen is dat 14%). Ook het omgekeerde geldt, van de vrouwen met een hoger opleidingsniveau zijn er meer die zes dagen blijven (9% tegenover 6% voor de andere vrouwen).

196 Verblijf op de materniteit van minder dan drie dagen indien vaginale bevalling en minder dan vijf dagen indien keizersnede.

197 Analyse van de gegevens van 2010 van het Intermutualistisch Agentschap (IMA).

198 Statuut van verhoogde tegemoetkoming: VT = verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidszorgen. Deze code is de beste indicatie voor sociale ongelijkheid die beschikbaar is in de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap. Het aantal bevallen vrouwen met het VT-statuut zou hoger zijn in de Federatie Wallonië-Brussel (19,3%) dan in de Vlaamse Gemeenschap (8,8%). Dit aantal zou het hoogst zijn in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (22,7%) en het minst hoog in de Provincie Waals-Brabant (7,7%). Gegevens van het Intermutualistisch Agentschap, nog lopend onderzoek ADELE.

199 Enquête sur les parcours des enfants âgés d'un an dans les champs d'action de la santé, du soutien à la parentalité et de l'accueil, Etude réalisée pour l'ONE par Dedicated Research, novembre 2012.

De medisch-sociale opvolging van het kind

De kinderconsultaties van ONE zijn voor iedereen toegankelijk. Het werk van de medisch-sociale teams scharniert rond drie pijlers die elkaar aanvullen:

Medisch (preventief): regelmatig toezicht (op sleutelmomenten) op de gezondheid door een kinderarts of huisarts op basis van de aanbevelingen van de *Guide de médecine préventive (Gids Preventieve Geneeskunde)* van ONE. Hij doet een uitgebreid klinisch onderzoek, dient de vaccinaties toe volgens de voorschriften van de vaccinatiekalender van CFWB, volgt de evolutie van de basisgezondheidsindicatoren en heeft aandacht voor de psychische ontwikkeling van het kind, de interacties binnen de familie en de band tussen ouders en kind(eren).

Psychosociaal: ondersteuning van het ouderschap en bevordering van de gezondheid door de TMS, door individuele gesprekken tijdens de consultatie of thuis, en het organiseren van gezamenlijke sessies voor ouders (op basis van een behoefteanalyse) gebaseerd op een behoefteanalyse van de gezinnen die elke consultatie bijwonen, in voorkomend geval via samenwerking met andere partners van het net.

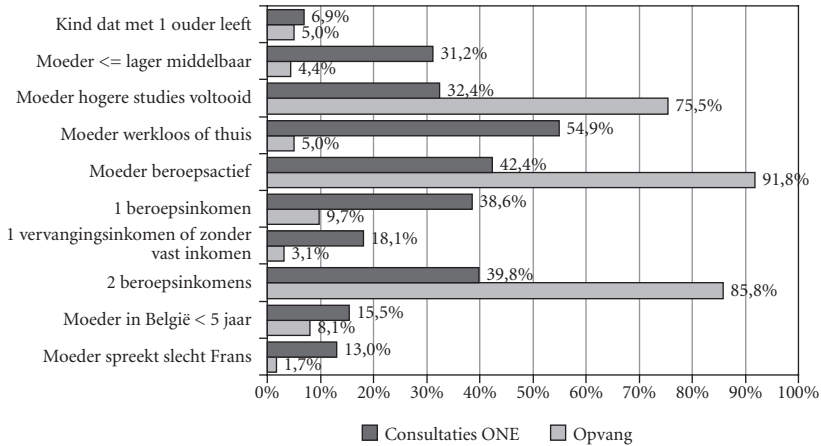
Instructief: verspreiding van kennis op het gebied van preventie, het opvoeden van kinderen, psychologie, valoriseren van de bekwaamheden als ouder enzovoort.

De informatie van de Medisch-Sociale gegevensbank van ONE is door het gebruik van standaardindicatoren een uitstekend middel om preventieve gezondheidsprogramma's te evalueren en de goede uitvoering ervan op te volgen.

Ze maakt het bijvoorbeeld mogelijk een duidelijk onderscheiden profiel te observeren tussen wie gebruikmaakt van consultaties en wie van opvang. In het eerste geval komen de gezinnen die op consultatie komen doorgaans uit meer achtergestelde middelen en vertonen ze meer tekenen van kwetsbaarheid dan de gezinnen die een beroep kunnen doen op opvang.

Dit illustreert het belang van het complementair zijn van de twee belangrijkste pijlers van ONE, namelijk begeleiding en opvang.

Bevolkingsgroepen die gebruikmaken van ONE-consultaties en opvang bij de gezondheidsbalans op negen maanden.²⁰⁰



Bij de bevolkingsgroep die naar de kindconsultaties gaat, noteren we dat 30% van de moeders een opleidingsniveau heeft dat niet hoger is dan lager middelbaar; dat bijna een op de twee moeders werkloos of huisvrouw is; dat bijna 18% van de gezinnen van een vervangingsinkomen leeft of geen enkel vast inkomen heeft; dat 15% tot de 'nieuwkomers' behoort; dat een op de tien moeders problemen heeft om Frans te spreken.

Aan de hand van diverse indicatoren legt de Medisch-Sociale Gegevensbank (BDMS) de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid bloot. In het rapport 2006-2007 van de BDMS²⁰¹ is daar trouwens een groot hoofdstuk aan gewijd dat meer bepaald aantoont dat er een significant verband is tussen het opleidingsniveau van de moeder en de duur van de borstvoeding, overgewicht, tandbederf en taalontwikkeling. Voor elk van die variabelen bleek er een significant verband te zijn tussen het lage opleidingsniveau en de slechtere resultaten.

Die vaststellingen zetten ONE ertoe aan in 2011 twee belangrijke onderzoeksacties te voeren naar de orodentale gezondheid en het taalgebruik van

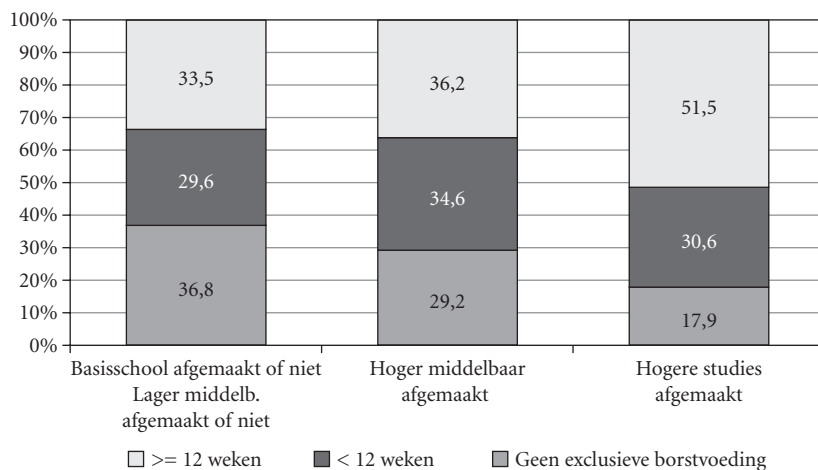
200 BDMS ONE, 'Bilans de santé à 9 mois', 2006-2009 gecumuleerd.

201 M.C. MAUROY, M. SOMMER, M. LIÉGEOIS en S. NDAME EBONGE, Rapport van het ONE (K&G) van de medico-sociale databank van het ONE 2006-2007, 'Les inégalités sociales de santé chez les jeunes enfants de 9 à 30 mois' (sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid bij jonge kinderen van 9 tot 30 maanden), 2009, p. 143-157.

het jonge kind. De resultaten van die studies zullen begin 2015 gepubliceerd worden.

De twee volgende fragmenten illustreren die vaststellingen.

Verband tussen de termijn dat de moeder uitsluitend borstvoeding geeft en het opleidingsniveau van de moeder, in 2006-2007.²⁰²

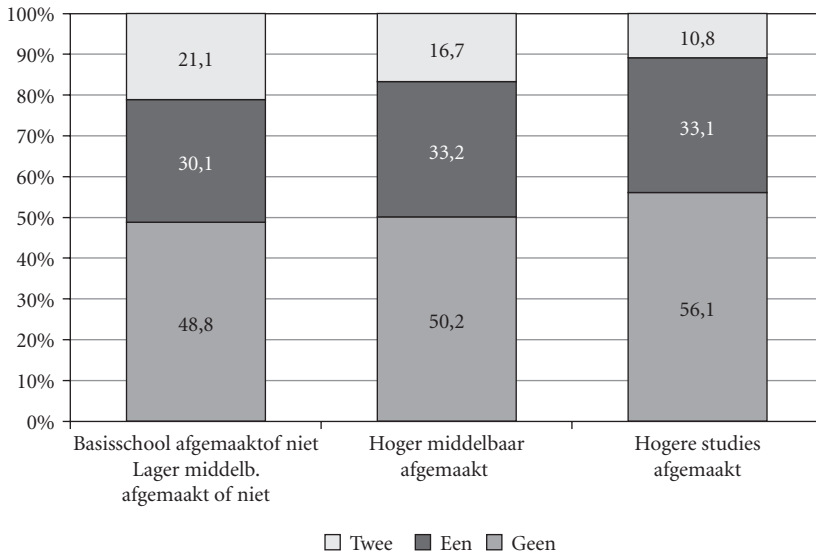


Verband tussen de evaluatie van de taalachterstand²⁰³ van kinderen van 30 maanden en het opleidingsniveau van de moeder, in 2006-2007, gebaseerd op twee criteria: het gebruik van 'ik' en het vormen van een zin van drie woorden.²⁰⁴

202 BDMS ONE, 'Bilans de santé à 9 mois', 2006 en 2007 gecumuleerd.

203 Men ging ervan uit dat een kind achterstand heeft als het niet slaagt in de twee indicatoren voor taalontwikkeling, die op dertig maanden worden getest: 'Het kind vormt een zin van 3 woorden' en 'Het kind gebruikt het woordje 'ik' in zijn moedertaal'. De 'score geen' stemt overeen met kinderen die op dertig maanden geen achterstand vertonen. De 'score 1' stemt overeen met kinderen die ofwel een achterstand vertonen voor het bouwen van een zin van drie woorden, ofwel een achterstand voor het gebruik van 'ik' op dertig maanden. De 'score 2' stemt overeen met kinderen die op de leeftijd van dertig maanden twee soorten achterstand tegelijk vertonen.

204 BDMS ONE, 'Bilans de santé à 30 mois', 2006 en 2007 gecumuleerd.

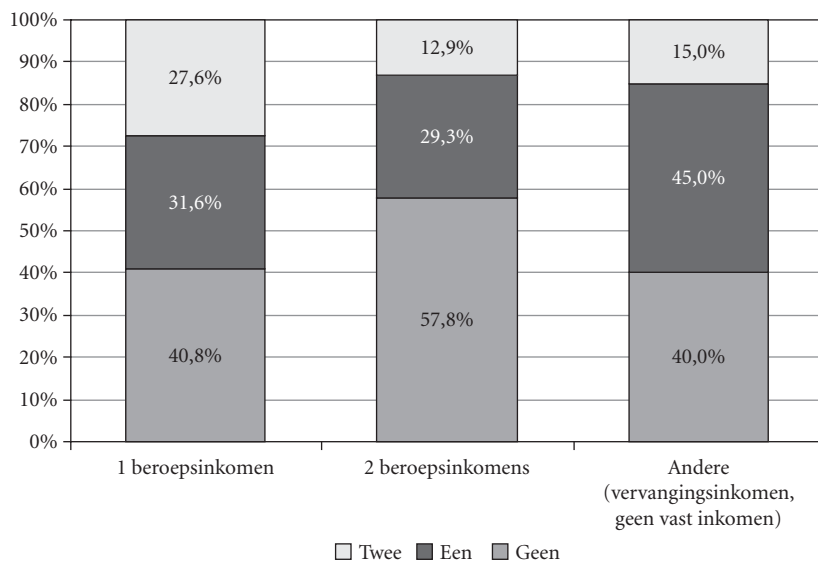


Niet alleen het opleidingsniveau van de ouders, maar ook het gezinsinkomen heeft een significant effect ($p < 0,05$) op het risico op taalachterstand. Diverse studies tonen aan dat die achterstand bijzonder frequent is bij kinderen van gezinnen die op het economische vlak achterop hinken en dat een sociaaleconomisch zwakke status verbonden is aan een lager aantal gunstige ervaringen voor taalverwerving op voorschoolse leeftijd (Rowe 2005, Hoff 2003²⁰⁵). Al vanaf het begin vertonen die kinderen een achterstand op het vlak van taalcapaciteiten. Hun woordenschat ontwikkelt zich tot vier keer langzamer dan die van hun leeftijdgenoten uit een beter economisch milieu (Feldman 2000).²⁰⁶

205 E. Hoff, 'The specificity of environmental influence: Socioeconomic status affects early vocabulary development via maternal speech', *Child Development* 2003, 74 (5), 1368-1378.

206 H.M. Feldman, C.A. Dollaghan *et al.*, 'Measurement properties of the MacArthur communicative development inventories at ages one and two years', *Child Development* 2000, 71 (2), 310-322.

BDMS ONE, 'Gezondheidsoverzichten op 30 maanden', 2008 en 2009 gecumuleerd.



ONE is een belangrijke speler in de opvolging van de gezondheid van het kind, maar is complementair met andere gezondheidsactoren.

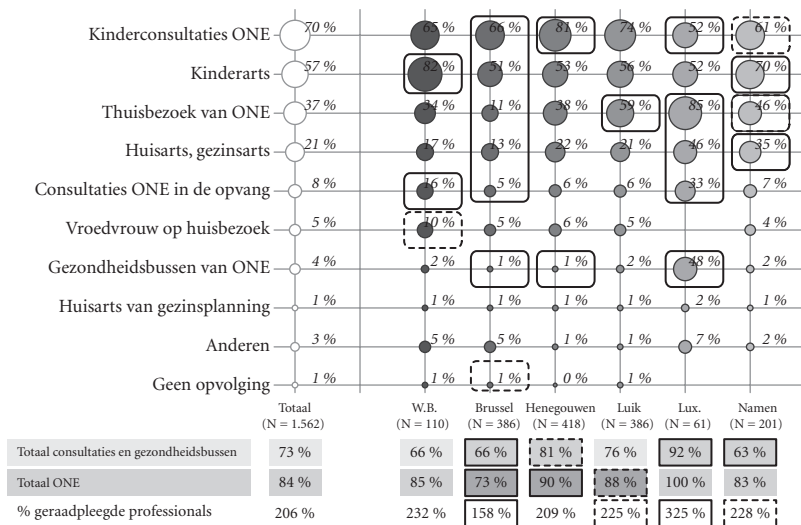
In 2011-2012 was ONE de coördinator van een grootschalig retrospectief onderzoek (1562 moeders uit de Federatie Wallonië-Brussel (CFWB) werden bevraagd op basis van een steekproef die op willekeurige wijze uit het rijksregister werd samengesteld). Het onderzoek was gewijd aan het psychomedisch-sociale parcours van de zwangere vrouw en van haar baby tijdens zijn eerste levensjaar.²⁰⁷

We maken evenwel melding van een systematisch hiaat in dit onderzoek: kinderen van gezinnen die niet in het rijksregister zijn opgenomen (meer bepaald illegalen) en gezinnen die weigeren om op de vragen te antwoorden (voornamelijk wegens ontoereikende taalkennis) werden *de facto* uitgesloten. Het zou goed zijn een specifiek onderzoek aan hen te wijden.

²⁰⁷ Enquête over het traject van kinderen van een jaar in de actievelden gezondheid, ouderchapsondersteuning en opvang, studie uitgevoerd voor het ONE (K&G) door Dedicated Research, november 2012.

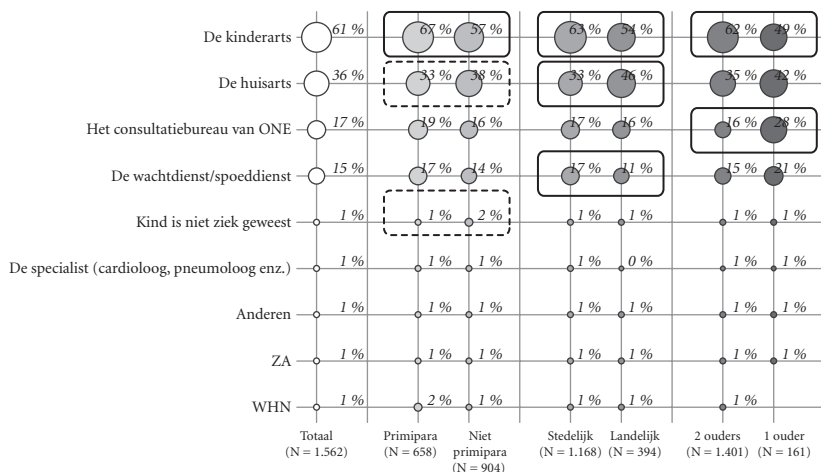
Dit onderzoek toont aan dat bijna alle kinderen gedurende hun eerste twaalf maanden op zijn minst een medische opvolging hebben gehad (99,4%). Die opvolging werd gemiddeld door twee verschillende instellingen of professionals uitgevoerd. De belangrijkste tussenkomende partijen waren de consultaties voor kinderen van ONE (70%), een privékindersarts (57%), thuisbezoeken van ONE (37%) en de huisarts (21%).

Q4.a) Welke van de volgende professionals of diensten heeft u voor de opvolging van uw kind, al was het maar 1 keer, geraadpleegd het 1st jaar



Wanneer het kind ziek was, werd voornamelijk een beroep gedaan op de kinderarts (61%) of de huisarts (36%). Hoewel ONE duidelijk stelt dat het niet tussenkomt bij ziekte van het kind en dat er, behalve bij overmacht, geen behandelingen worden voorgeschreven, wordt toch in 17% van de ziektegevallen bij kinderen een beroep gedaan op ONE. 15% rept zich naar de spoedhulp van het ziekenhuis. Dat percentage loopt op tot 21% bij vrouwen die er bij de opvoeding van het kind alleen voor staan.

Q4.1) Op wie heeft u gedurende het eerste jaar een beroep gedaan bij eventuele ziekte van het kind



Datzelfde onderzoek stipt ook andere soorten sociale ongelijkheden aan die een weerslag kunnen hebben op het welzijn van de moeder en, bij uitbreiding, van het kind.

Het opleidingsniveau heeft ook een duidelijke invloed op de activiteitsgraad van de vrouwen.

Hoogopgeleide vrouwen zijn veel vaker aan het werk (81% in maand 0) dan ongeschoolde of laagopgeleide vrouwen (25% in maand 0) en vrouwen met een diploma middelbare school (48% in maand 0). Dit is een fenomeen dat we zowel bij het begin als bij het einde van de zwangerschap vaststellen.

Ook stellen we vast dat werkende vrouwen met een hogere opleiding een langer werkregime hebben dan de andere vrouwen.

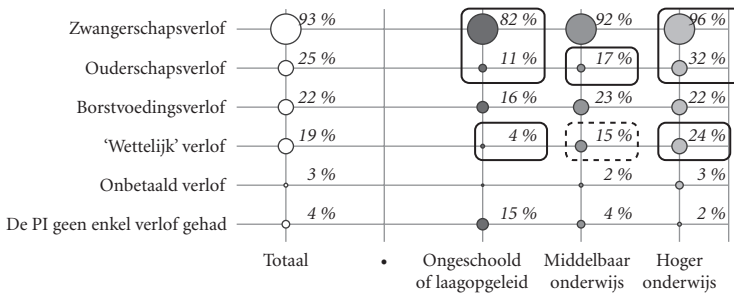
Hoogopgeleide vrouwen hebben vaker een fulltimebaan (64%) dan ongeschoolde of laagopgeleide vrouwen (14%) of vrouwen met een diploma middelbaar onderwijs (28%).

Moeders met een hoger sociaaleconomisch niveau genieten vaker van vakantie, van welke soort ook, dan moeders met een laag opleidingsniveau of ongeschoolde moeders.

Van de ongeschoolde of laagopgeleide moeders heeft 82% genoten van zwangerschapsverlof, 11% van ouderschapsverlof en 16% van borstvoedingsverlof.

Van de hoogopgeleide moeders heeft 96% genoten van zwangerschapsverlof, 32% van ouderschapsverlof en 22% van borstvoedingsverlof.

Q5.i) Heeft u genoten van volgend verlof voor en/of na de bevalling?



Tot slot geven we nog mee dat 7% van de moeders uit onze steekproef tijdens de zwangerschap geen partner had en dat 10% van de moeders (1 vrouw op 10) tijdens het eerste levensjaar van hun kind alleen was.

Besluit

Op basis van gezondheidsoverzichten uitgevoerd in het kader van de Medisch-Sociale Gegevensbank BDMS en de diverse enquêtes en onderzoeken die we hebben uitgevoerd, moeten we vaststellen dat er op het gebied van gezondheid talrijke sociale ongelijkheden blijven bestaan.

Wat jonge kinderen thuis ervaren, is essentieel voor hun goede ontwikkeling. Ouders met meer background (opleiding, inkomsten...) zijn beter in staat om hun kinderen positieve leerervaringen te bieden.

Het is bewezen dat de verschillende problemen in de psychomotorische ontwikkeling van kinderen die bij het begin van de schooltijd aanwezig zijn, ook een invloed hebben op de latere schoolloopbaan en het slaagpercentage.

Tussenskomsten en preventieve maatregelen in gezinnen moeten vanaf nu gericht zijn op de diverse factoren die een rol spelen in het verwerven van vaardigheden en gedragingen, en dat voldoende vroeg in de ontwikkeling van het kind.

Ook de toegang tot informatie is een factor die tot significante ongelijkheden kan leiden. Ondanks de inspanningen van veldwerkers om die informatie zoveel mogelijk op de behoeften van de gezinnen af te stemmen, moeten we vaststellen dat een deel van de bevolking geen toegang heeft tot informatie

of er slechts moeizaam gebruik van kan maken. Functioneel analfabeten en nieuwkomers zijn wat dat betreft de voor de hand liggende risicogroepen. Het is belangrijk dat diensten voortaan een inspanning doen om de informatie voor alle ouders toegankelijk te maken.

Volgens het jaarrapport 2010 van ONE gaat in de Federatie Wallonië-Brussel slechts 28% van de kinderen jonger dan drie jaar regelmatig naar de opvang. De toegang tot kwaliteitsopvang voor iedereen is eveneens een belangrijke factor in de strijd tegen ongelijkheden.

Tot slot draagt een effectief partnership tussen alle actoren bij tot een beter inzicht in de gezinsbehoeften en werkt een dynamisch netwerk het verminderen van ongelijkheden in de hand.

3.2 Gesprek met vzw Aquarelle (Michel Degueudre, Martine Vanderkam en Linda Doeraene)

Kunt u me in het kort uw structuur beschrijven? Waarom is de opvolging van kwetsbare zwangere vrouwen zo belangrijk?

Onze vzw maakt deel uit van de dienst gynaecologie-verloskunde van het Saint-Pierreziekenhuis en heeft tot doel het verlenen van medisch-psycho-sociale perinatale steun aan de groep zwangere of net bevallen immigrantenvrouwen zonder sociale zekerheid. Onze werking heeft werkelijk een interdisciplinair karakter. Het is onze bedoeling prematuriteit en morbiditeit te vermijden die verbonden zijn aan ziekten tijdens de zwangerschap. De beste manier is de zwangerschap zo vroeg mogelijk op te volgen. Die opvolging is des te belangrijker bij een opeenstapeling van kwetsbaarheidsfactoren. Die vrouwen hebben bovendien vaak een zwaar verleden achter de rug van gedwongen huwelijk, seksuele verminking, verwerping door de familie, verkrachting enzovoort. Daarbovenop komt uiteraard nog het lage inkomen. De vrouwen zijn psychologisch erg verzwakt en dat heeft een impact op de zwangerschap.

Waarom maken sommige vrouwen geen gebruik van prenatale gezondheidszorg?

Het probleem rijst bij moeders die niet voldoen aan de criteria voor DMH. Dat zijn moeders die net op het Belgische grondgebied zijn aangekomen en nog als toeristen worden beschouwd of die afkomstig zijn uit een land dat pas sinds kort deel uitmaakt van de Europese Unie. Het probleem doet zich ook voor bij de Roma. Sommige OCMW's nemen hun grote precair-zijn in reke-

ning, andere vragen hen terug te keren naar hun land omdat daar de kosten wel ten laste worden genomen. Maar die gezinnen geven er de voorkeur aan in België te blijven omdat ze van mening zijn dat ze er beter behandeld en omgeven worden. Soms betaalt de HZIV de kosten terug ter waarde van wat in het land van oorsprong zou zijn terugbetaald... maar een bevalling is hier duurder dan in het thuisland. Sommigen zijn niet in staat dat verschil bij te passen. En bovendien kan niemand in de toekomst kijken. Een complicatie tijdens de bevalling of een baby die een tijdje in een neonataal centrum moet verblijven, doen de kosten vaak te hoog oplopen.

Sinds 1 juli 2013 stellen bepaalde OCMW's illegale gezinnen met minderjarige kinderen voor naar een 'terugkeercentrum' te gaan dat door Vreemdelingenzaken wordt beheerd. Als de toekomstige moeder dat weigert, moet ze via een advocaat bezwaar indienen bij de arbeidsrechtbank. Dat kost uiteraard veel tijd en het resultaat is zeer onzeker. De kosten voor de bevalling zullen bijgevolg ten laste zijn van de jonge moeder zonder inkomen.

Er zijn ook moeders die het nut van een prenatale opvolging niet inzien. Het is duidelijk dat er nog heel wat werk aan de winkel is. Wanneer ze in België aankomen, hebben ze vaak andere zorgen aan het hoofd, zoals het vinden van huisvesting. En zo komt het dat sommigen aan het eind van de zwangerschap komen zonder ooit correct te zijn opgevolgd. De taalbarrière en de gebrekkige kennis van onze structuren bemoeilijken ook een goede opvolging.

Sommigen leven werkelijk als weerloze vogeltjes op een takje. Ze slapen twee nachten hier, twee nachten daar... Dat maakt het lastig om afspraken te maken of na te komen. Al die zaken bemoeilijken hun leven. Daarom proberen wij zo soepel mogelijk te zijn in onze afspraken.

Is het financiële aspect een hinderpaal voor prenatale zorg?

Er zijn gratis prenatale consultaties van ONE en Kind en Gezin, maar naar mijn gevoel zijn die niet echt voorzien op dat soort bevolkingsgroepen. Het probleem rijst vooral voor vrouwen die geen DMH-statuuut hebben en de medische onderzoeken niet kunnen betalen.

DMH laat de terugbetaling van medicijnen niet toe. Het is allemaal ingewikkeld en verschilt van het ene OCMW tot het andere. Sommige vrouwen hebben DMH en de medische kaart voor de terugbetaling van medicijnen, anderen hebben die niet. Wanneer ik voor het eerst een toekomstige moeder ontvang, zonder DMH, dan doet de medisch-sociaal werker (TMS) van ONE een beroep op het ONE-fonds voor de bloedafnames en echografieën, maar

momenteel komt dat fonds minder gemakkelijk tussen. Sinds kort werkt er een gepensioneerd TMS bij Aquarelle. Ze begeleidt sommige moeders bij het nemen van administratieve stappen. Aquarelle neemt voor de armste vrouwen de kosten van bepaalde medicijnen op zich. Het spreekt vanzelf dat het administratief niet in orde zijn (illegaliteit) van de toekomstige moeder een hinderpaal kan zijn voor de correcte opvolging van de zwangerschap.

Welke toegangsproblemen zijn er voor de postnatale zorg (anticonceptie, opvolging van littekens enzovoort)? Weigeren sommige vrouwen postnatale zorg? Waarom?

Hier is geen reden tot bezorgdheid, want wij gaan op bezoek bij alle moeders en hun baby onmiddellijk nadat ze de kraamkliniek hebben verlaten. Doorgaans geeft dat geen problemen.

Sommigen weigeren omdat ze er het nut niet van inzien, maar dat gebeurt zelden. Andere vrouwen, zonder vaste woonplaats, zijn moeilijker te bezoeken en hebben andere prioriteiten, zoals de stappen die ze moeten ondernemen nu de baby geboren is. Soms geven we hen een afspraak in het ziekenhuis.

Voor het verstrekken van anticonceptie stuiten we soms op een weigering. Veel vrouwen geven de voorkeur aan de pil, maar het probleem is dat ze die moeten kunnen betalen en slechts zelden neemt het OCMW de kosten daarvan op zich. Het spiraaltje wordt door ons betaald en we proberen het inbrengen ervan te doen samenvallen met een postnatale consultatie. Het probleem met dringende medische hulp is dat ze vaak kort na de geboorte van de baby stopt en anticonceptie bijgevolg niet meer ten laste wordt genomen. Sommige moeders beschikken over een medische kaart van het OCMW en kunnen gemakkelijker over anticonceptie beschikken. Het verschilt echt van geval tot geval. We kunnen stellen dat het financiële aspect wel degelijk een hinderpaal is bij het verkrijgen van anticonceptie.

Heeft u ideeën voor een goede werkwijze of aanbevelingen?

Het is absoluut noodzakelijk dat de OCMW's hun werkwijzen op elkaar afstemmen. Het zou duidelijk gesteld moeten worden dat elke zwangere vrouw die in moeilijke omstandigheden leeft, er recht op heeft dat de kosten voor haar prenatale opvolging, haar medicijnen, haar bevalling en haar anticonceptie worden gedragen. Ideaal zou zijn dat de consultaties van ONE voor de opvolging van vrijwel probleemloze zwangerschappen voor wat het medische luik betreft in samenwerking met het wijkgezondheidscentrum gebeurt en er

voor de allerarmsten een structuur met een sociale winkel-restaurant-kleding wordt opgezet. Openbaar vervoer is duur, de toegang tot een buurthulpnetwerk zou gemakkelijker zijn voor de begunstigten als ze beter omringd zouden zijn door professionelen die nauw samenwerken met de OCMW's.

3.3 Prenatale ondersteuning van kwetsbare zwangeren

Kind en Gezin

Kraamklinieken, wijkgezondheidscentra, gynaecologen, huisartsen, vroedvrouwen ... nemen vaak initiatieven om kwetsbare zwangeren kwalitatief te begeleiden en drempels (taal, cultuur, financieel) te verlagen. Op dat moment hebben de zwangeren echter reeds de stap naar de hulpverlening gezet. Kind en Gezin heeft een specifieke, laagdrempelige dienstverlening die zich richt op kwetsbare zwangeren en hun partner. Tot 'kwetsbare zwangeren' behoren bijvoorbeeld aanstaande ouders die in kansarmoede leven, zwangeren die zich niet of onvoldoende medisch laten opvolgen, aanstaande ouders met verslavingsproblemen, tienerzwangeren, sociaal geïsoleerde zwangeren, zwangeren met een onzeker verblijfsstatuut of die leven in de illegaliteit. De regioverpleegkundige en/of de gezinsondersteuner van Kind en Gezin biedt hierbij een laagdrempelig onthaal en psychosociale begeleiding aan. Via consulten en huisbezoeken geeft zij informatie en advies, ondersteunt, verwijst door, bemiddelt en werkt rond het informele netwerk.

Ook de vijftien door Kind en Gezin gesubsidieerde inloopteams in achtergestelde buurten van Vlaamse steden en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest stellen zich laagdrempelig op en vormen vaak een brug naar medisch prenatale begeleiding. Ze organiseren groepswerk voor (aanstaande) ouders rond de opvoeding van en de zorg voor hun kind. Waar nodig kunnen ze gezinnen bijstaan met individuele ondersteuning, bemiddeling en begeleide doorverwijzing. Om de toegankelijkheid van de dienstverlening te verbeteren, in het bijzonder voor kansarme gezinnen, organiseren ze een onthaalfunctie. Vaak wordt er samengewerkt met en/of verwezen naar andere hulpverleners en diensten, zoals OCMW, Centra voor Algemeen Welzijnswerk, Centra voor Alcohol- en andere Drugproblemen, thuisbegeleidingsdiensten en gezinszorg.

Kind en Gezin biedt ook gratis medische begeleiding aan, maar dit enkel via de zes prenatale steunpunten (3 in Antwerpen, 1 in Mechelen, 1 in Brussel en 1 in Gent). Cliënten worden daarbij actief toegeleid naar de medisch reguliere gezondheidssector, zoals de kraamkliniek, het wijkgezondheidscentrum, een

groepspraktijk, de huisarts, of de gynaecoloog. Voor gespecialiseerde onderzoeken, zoals echografie, en ook voor de bevalling wordt de zwangere vrouw doorverwezen. Zo nodig wordt een oplossing gezocht voor de financiële toegankelijkheid tot de zorg. In locaties met veel kwetsbare gezinnen brengt Kind en Gezin psychosociale dienstverlening. Dit gebeurt samen met kraamklinieken, opvangcentra voor asielzoekers en andere partners.

Uit het rapport 'Kind in Vlaanderen 2010' (Kind en Gezin, p. 137) blijkt dat 95% van de zwangeren zich prenataal laat begeleiden door een gynaecoloog, 4% door zowel een gynaecoloog als een huisarts, 0,5% door een vroedvrouw, 0,2% door uitsluitend een huisarts en 0,1% door de prenatale steunpunten van Kind en Gezin. Minder dan 0,1% van de zwangeren had in 2010 geen medische begeleiding.

3.4 Gesprek met Dr. Tine Cornelissen, arts prenataal steunpunt Kind en Preventie in Antwerpen

Kan u de structuur en de rol van het prenataal steunpunt in Antwerpen omschrijven?

Het prenataal steunpunt biedt de eerste opvang voor kwetsbare zwangeren die om allerlei redenen niet in de reguliere sector terechtkunnen. De bedoeling is om vanuit het steunpunt verder naar het reguliere circuit door te verwijzen. Soms kan dit onmiddellijk, andere keren gebeurt de opvolging bijna volledig op het steunpunt. Die opvolging omvat enkel de taken die een huisarts ook kan doen, er gebeuren geen echo's of bevallingen.

Het team is samengesteld uit een sociale verpleegkundige of vroedvrouwen, en eventueel een gezinsondersteuner, die tewerkgesteld zijn door Kind en Gezin, en een arts, die tewerkgesteld is door een organiserend bestuur, in mijn geval Kind en Preventie vzw. Kind en Gezin subsidieert het organiserende bestuur en bepaalt de inhoud van het werk voor de kindconsultaties. Voor de prenatale consultaties is dit beperkt vastgelegd.

Hoewel het prenatale steunpunt een mooi initiatief is, heb ik toch een aantal kritische bemerkingen.

Het feit dat men verschillende werkgevers heeft, geeft zeker wrijvingen rond taakverdeling, verantwoordelijkheden, inhoudelijke ondersteuning en netwerking. De constructie is weinig flexibel, waardoor er weinig verbetering en voordelen worden ingebouwd voor de cliënten. Er zijn momenteel geen afspraken over verantwoordelijkheden en taakverdeling. Ook intern is er weinig

overleg tussen de verschillende steunpunten en het team zelf, waardoor er heel veel verschillen zijn tussen de consultatiemomenten en de verschillende steunpunten. Bijvoorbeeld, de griepvaccinatie die voor alle zwangeren wordt aanbevolen: op sommige bureaus wordt dit standaard met de zwangeren besproken en zo nodig gegeven, andere bureaus doen dit niet. Dus, afhankelijk van het bureau krijg je een andere dienstverlening.

Door te weinig netwerking en goede afspraken met de omgeving, zoals ziekenhuizen en OCMW, biedt het steunpunt geen garantie voor de toegang tot de reguliere gezondheidszorg. Zwangeren geraken niet sneller of gemakkelijker in het reguliere circuit. Dit maakt de verantwoordelijkheid van de arts heel groot, want ook bij complicaties tijdens de zwangerschap is de toegang niet verzekerd. De prenatale is momenteel enkel een gratis basishulpverlening en psychosociale ondersteuning, er is geen sociale assistente aanwezig.

De verpleegkundigen of gezinsondersteuners gaan niet mee met cliënten naar het ziekenhuis, het OCMW ... wanneer dit te moeilijk is. Zij kunnen enkel consultatie of huisbezoek doen.

Worden er initiatieven genomen om de toegang tot de zorg te verbeteren?

In de loop van 2013 werd er door een van de inloopteams in Antwerpen in samenwerking met het expertisecentrum De Kraamvogel een groepswork opgestart specifiek naar zwangeren toe. In 2012 is het Platform kwetsbare zwangeren opgericht, een groep van individuele gezondheidswerkers en lokale organisaties, zoals Dokters van de Wereld, De Kraamvogel, hogescholen, wijkgezondheidscentra en integratiecentrum De8. Het zet kwetsbare zwangeren meer in de kijker en onderhandelt met het OCMW Antwerpen om de toegang tot zorg te verbeteren. Sinds augustus 2013 zijn er afspraken met het OCMW om de doorverwijzing laagdrempeliger te maken en de samenwerking daarbij te verbeteren. Ook vanuit enkele ziekenhuizen is er meer samenwerking om de toegang te verbeteren.

Om welke redenen maken sommige vrouwen geen gebruik van prenatale zorg?

Dit kan heel divers zijn. Een van de belangrijkste hinderpalen is financiële zorg, zowel bij mensen met een medische verzekering/waARBORG als bij diegenen die dit niet hebben. De zwangerschapsopvolging in de steunpunten van Kind en Gezin is gratis, maar de laboratoriumkosten en de kosten voor echografie en bevalling zijn ten laste van de patiënten. Niet alle zwangeren komen in aan-

merking voor enige vorm van terugbetaling, denk aan Europese burgers met of zonder verzekering in eigen land, nieuwe inwoners die bezig zijn om de mutualiteit in orde te brengen, illegalen enz. Ze moeten zelf instaan voor de kosten van de opvolging en de bevalling en die kosten kunnen aanzienlijk oplopen.

Andere hinderpalen zijn te weinig kennis over hoe men zich in orde kan maken of naar het OCMW kan gaan. Enkele voorbeelden: in het ziekenhuis is een derdebetalersregeling niet of moeilijk mogelijk, ook niet iedereen kent de derdebetalersregeling goed of durft dit niet altijd aan de huisarts te vragen. Als ze geen medische waarborg hebben, moeten patiënten in Antwerpen een voorschot (€ 100) betalen om in het ziekenhuis de dokter te zien. Dit is het driedubbele van een consultatie. Hier is momenteel niet over te discussiëren.

Ook voor de bevalling wordt er een voorschot gevraagd, soms € 1000. Dit schrikt mensen af, zeker bij geplande zorg zoals sectio, waardoor men soms zorg uitstelt, met complicaties nadien.

Vignet : Maria

Maria is verhuisd vanuit Nederland en bezig haar ziekenfonds in orde te brengen. Zij zou wegens medische problemen naar het ziekenhuis moeten gaan, maar ze kan dit niet betalen. Met de gynaecoloog wordt overlegd of dit onder onze begeleiding kan. Maria vertelt niet altijd wat er is uit schrik dat ik haar toch naar het ziekenhuis zal sturen. Ze weet niet goed hoe het zit met haar mutualiteit: de wijkagent moet nog langskomen en dan duurt het nog 2-3 maanden voor ze definitief staat ingeschreven en zich bij de mutualiteit kan aansluiten. Uiteindelijk komt dit enkele dagen voor haar bevalling in orde. Nadien blijkt dat ze toch meer medische problemen had, die ze eerder vermoedelijk niet durfde aan te geven.

Observeert u culturele hinderpalen in de toegang tot prenatale zorg?

Ja, op verschillende vlakken, zoals taal. Maar zelfs als mensen Nederlands kunnen, kan taal soms nog moeilijk zijn. Ook lichaamstaal kan soms anders geïnterpreteerd worden. Een andere hinderpaal is de kennis van het eigen lichaam en (veranderingen bij) zwangerschap. Soms worden hier andere redenen achter gezocht. Wanneer men dan niet goed zijn/haar vragen kan stellen, kan dit leiden tot fout opvolgen van advies, niet innemen van medicatie ... Vaak is de eigen gezondheid niet prioritair. Door goed uitleg te geven, wordt het belang wel ingezien en het advies opgevolgd. Vaak hebben hulpverleners zelf ook vooroordelen en voorspellen ze gedrag al omdat er culturele verschillen zijn, zoals ervan uitgaan dat mensen het toch niet gaan snappen en dus ook geen info geven.

Andere zijn de verschillende vormen van gezondheidszorg in andere landen. Patiënten kennen enkel de gezondheidszorg van hun eigen land, waardoor er soms meer/minder vertrouwen is in de Belgische gezondheidszorg. En er zijn natuurlijk culturele verschillen qua voeding, omgaan met zwangerschap, religie (bv. ramadam en zwangerschap) ... die kan je niet altijd leren, maar kom je al doende te weten. Belangrijk hierbij is om hier altijd van bewust te zijn en het proberen mee te nemen voor toekomstige patiënten.

Denkt u dat vrouwen zonder papieren voldoende geïnformeerd zijn over hun rechten met betrekking tot toegang tot zorg?

Ze zijn niet altijd goed geïnformeerd. Ook voor de hulpverleners is het soms moeilijk om alle regels en voorwaarden te snappen. Soms gaan hulpverleners zelfs niet doorverwijzen, naar bijvoorbeeld een OCMW, omdat ze denken dat het toch niet zal lukken. Hierin zou meer duidelijkheid moeten zijn. Voor het prenatale steunpunt is er ook geen sociale dienst die deze dingen kan opnemen. Maar ook binnen een gemeenschap wordt er veel, al of niet correct, doorgezegd. Momenteel is het heel moeilijk om mensen te motiveren om naar het OCMW te gaan. Vrienden, familie... zeggen dat ze toch geen hulp zullen krijgen. Maar dit is situatiegebonden, dus zo kan het ook zijn dat mensen uit de boot vallen. Ook is er soms de angst om opgepakt te worden door de politie wanneer men naar het OCMW gaat.

Administratieve stappen zijn ook een hinderpaal voor toegang tot zorg. Het is niet altijd duidelijk naar wie verwezen moet worden of wat de juiste situatie van de patiënt is. Enkel door genoeg te bevragen, wat voor de patiënt ook niet altijd gemakkelijk is, kan je de mensen ineens naar de juiste plek brengen. Dan nog is het vaak wachten en veel vragen, waar niet altijd op geantwoord kan worden.

Verlaten sommige vrouwen het ziekenhuis te vroeg om financiële redenen?

Ja. Als ze geen medische waarborg hebben, worden ze in Antwerpen na enkele uren zelfs gewoon door het ziekenhuis buitengezet zonder enige begeleiding nadien, zoals een vroedvrouw die aan huis komt. Wanneer ze op het prenatale steunpunt worden gevolgd, is dit een van de items die we bespreken. We proberen dan wel voor poliklinische bevalling te gaan, maar met een vroedvrouw achteraf. Hier is netwerking ook belangrijk, het is altijd goed als een

vroedvrouw voor deze doelgroep openstaat. Hiervoor werken we goed samen met het expertisecentrum De Kraamvogel, die ons ondersteunt bij deze wijzingen.

Weigeren sommige vrouwen pre- of postnatale zorg? Waarom?

Ik vermoed dat sommige vrouwen prenatale zorg weigeren, maar die gaan we niet altijd zien. Soms is er nonchalance bij de patiënten. Het voordeel van het steunpunt is dat ze bij een gemiste afspraak moeite doen om iemand terug op te sporen, door bijvoorbeeld een uitnodigingskaartje, opbellen of eventueel huisbezoek.

Sommige vrouwen weigeren vooral postnatale zorg direct na de partus. Het belang dat een vroedvrouw de dag na een poliklinische bevalling op controle komt, wordt zelden ingezien. Het vergt soms echte overtuigingskracht. En het wordt ook soms geweigerd. Ook bij de opvolging na bijvoorbeeld sectio komen vrouwen niet altijd naar hun afspraak.

Het plaatsen van een spiraal is ook niet altijd evident, dat moet op afspraak en kost weer veel geld. De aankoop van anticonceptie hangt af van het inzicht in het belang hiervan. Het blijft een heikel punt. Ik probeer de goedkoopste pillen voor te schrijven, dan heb je ook meer kans dat patiënten dit blijven nemen. Zodra patiënten overtuigd zijn van het nut van anticonceptie, is men vaak ook bereid om de kostprijs te betalen.

Heeft u nog aanbevelingen voor de toegang tot pre- en postnatale zorg?

Hoewel ik specifiek de Antwerpse situatie heb geschetst, zullen de problemen en drempels elders ook bestaan. Momenteel is er een hele waaier van organisaties die werken rond kwetsbare zwangeren, maar er is geen eenheid. Er is weinig overleg tussen de verschillende actoren. Het lijkt me daarom belangrijk dat alle partners rond de tafel zitten bij het zoeken naar oplossingen voor deze doelgroep, zoals bij initiatieven als het Platform kwetsbare zwangeren.

Mij lijkt het dat er voor Antwerpen momenteel nood is aan één sterk uitgebouwd prenataal steunpunt waarin de volgende essentiële diensten worden voorzien: prenatale begeleiding van zwangeren, sociale begeleiding, bevordering van toegankelijkheid naar ziekenhuizen en postnatale begeleiding. Dat zou eventueel aangevuld kunnen worden met groepsessies en bijvoorbeeld het opstarten van een steunfonds voor cliënten.

Belangrijk bij de organisatie is de registratie van sociale gegevens (problemen, drempels, ...) en geanonimiseerde gezondheidsgegevens. Momenteel zijn er

zeer weinig cijfergegevens gekend, wat het moeilijk maakt om de grootte van een probleem in te schatten. Vandaar dat een eenvormige organisatie de mogelijkheid schept om naar lokaal en federaal beleid, maar ook Vlaamse overheid, een duidelijk beeld te scheppen omtrent de problemen, hinderpalen, ... en eventuele oplossingen te suggereren, die niet altijd binnen onze stedelijke context kunnen worden genomen.

3.5 Toegang tot preventieve gezinsondersteuning

Kind en Gezin

In 2012 zag in Vlaanderen volgens de cijfers van Kind en Gezin 10,45% van de kinderen het licht in een kansarm gezin. Kansarmoede is ook gekleurd. De moeder van ruim vijf op de tien kinderen geboren in een kansarm gezin had bij haar geboorte niet de Belgische nationaliteit.²⁰⁸

Kind en Gezin streeft ernaar om mogelijke gezondheidsrisico's en -verschillen bij kinderen in kansarmoede weg te werken of te voorkomen door een kwaliteitsvolle dienstverlening aan maatschappelijk kwetsbare gezinnen binnen een duidelijke visie en door ervoor te zorgen dat de ouders zich versterkt weten.²⁰⁹ Kind en Gezin heeft in zijn dienstverlening bijzondere aandacht voor gezinnen die met uitsluiting bedreigd zijn of in uitsluiting leven en een gebrekkige toegang hebben tot maatschappelijk hooggewaardeerde goederen zoals werk, inkomen, huisvesting, school en gezondheidszorg. Er is veel aandacht voor het feit dat de moeilijkheden waar maatschappelijk kwetsbare gezinnen mee te kampen hebben, niet in één domein liggen. Vaak zijn er op verschillende vlakken problemen ontstaan. Dit betekent dat er bij de dienstverlening aandacht moeten zijn voor noden en behoeften in alle levensdomeinen. Daarom wordt actief samengewerkt met andere organisaties.

Kind en Gezin streeft met zijn dienstverlening naar een **universele dienstverlening** en meer dan 90% van de gezinnen doet een beroep op de preventieve zorg van Kind en Gezin. Dit hoge bereik komt echter niet vanzelf. Tussen allochtone en kansarme gezinnen en de dienstverlening bestaan vele kloven. Het gaat niet alleen om een kennis-, vaardigheids-, gevoels- of krachtenkloof tussen beide werelden, maar ook om een structurele participatiekloof.

208 http://www.kindengezin.be/img/Kind_in_Vlaanderen_2012.pdf.

209 <http://www.kindengezin.be/img/Visietekst-werken-met-MKG.pdf>.

Kind en Gezin investeert voortdurend om die kloven te overbruggen en drempels te verlagen. Het gaat daarbij onder meer om **inhoudelijke omkadering** voor de veldwerkers, het verhogen van de kennis van armoede, uitsluiting en migratie door vorming, en het voorzien van intervisie. Daarnaast gaat het om het ontwikkelen en inzetten van gepaste methodieken en instrumenten, zoals tolken, beeldmateriaal en **pictografisch materiaal** 'Kind in Beeld', o.a. over gezondheid.²¹⁰

Sinds 1993 werkt Kind en Gezin ook met ervaringsdeskundigen. Het gaat hierbij om medewerkers die armoede, sociale uitsluiting en migratie van binnenuit kennen. **Ervaringsdeskundigen** in de armoede en intercultureel medewerkers nemen de functie van gezinsondersteuner waar. Ze doen dit samen met de regioverpleegkundigen van Kind en Gezin. Het doel van de functie bestaat er dan ook in verbindend te werken met maatschappelijk kwetsbare gezinnen binnen de preventieve gezinsondersteuning. Op die wijze wil Kind en Gezin voor de kinderen in die gezinnen zoveel mogelijk kansen scheppen en de ouders ondersteunen bij de realisatie van hun gezinsproject.

Gezinsondersteuners nemen in hun verbindend werk specifieke taken op zich, zoals het spiegelen, ontschuldigen, bemiddelen, signaleren, praktisch ondersteunen, taaltolken en begeleid doorverwijzen. De ondersteuning van het gezinsproject vormt binnen het werk van de gezinsondersteuner de hoofdmoot. De ervaringen en inzichten van gezinsondersteuners helpen om gezinnen in dezelfde situatie te begrijpen en de voornoemde kloven mee te overbruggen. Op die manier worden noodzakelijke verbindingen hersteld. Voor die gezinnen vormen de gezinsondersteuners zeer herkenbare aanspreekpunten, die zowel hun leefwereld als hun 'taal' kennen. Hierdoor verlagen zij actief de drempels in onze dienstverlening.

Kind en Gezin werkt ook nauw samen met Fedasil en Rode Kruis Vlaanderen om gezinnen met jonge kinderen in de opvangcentra voor asielzoekers met een kwalitatief preventief gezinsondersteunend aanbod te bereiken. Zo worden consultaties en huisbezoeken georganiseerd. In sommige centra vinden de consultaties plaats in de centra zelf, wat de toegankelijkheid verhoogt.

Vanuit de samenwerking tussen Kind en Gezin en de organisatoren van de opvangcentra (Fedasil en Rode Kruis Vlaanderen) wordt de werking afgestemd en bijgestuurd, waar nodig. Zo is er op regelmatige basis overleg en worden op verschillende niveaus afspraken gemaakt, bijvoorbeeld over vaccinaties, de aanvraag van tolken, de medische opvolging van kinderen,...

²¹⁰ <http://www.kindengezin.be/brochures-en-rapporten/brochures>.

Nieuw beleid: Huizen van het Kind

Kind en Gezin wil samen met al zijn partners de preventieve gezinsondersteuning versterken in 'Huizen van het Kind'²¹¹ voor alle (aanstaande) ouders met kinderen en jongeren. Het moet een lokaal multidisciplinair aanbod worden van diensten met verpleegkundigen, artsen, opvoedingsondersteuners, vroedvrouwen, vrijwilligersorganisaties, ... Kind en Gezin wil daarbij haar consultatiebureaus als vaste waarde inzetten om de ouders op weg te helpen naar het aanbod van andere actoren.

Op dit moment staan de Huizen van het Kind nog in de steigers. Er lopen drie proefprojecten in Vlaanderen en diverse organisaties en instanties hebben het initiatief genomen tot samenwerking met lokale partners. De Huizen van het Kind zijn er voor *alle* gezinnen. Idealiter kunnen zij er terecht met eender welke vraag die te maken heeft met kinderen en hun gezin, en/of voor een bepaalde behoefte (bv. een plaats om kinderen op een veilige manier te laten spelen, een plaats om andere ouders te ontmoeten, een plaats om hun verhaal kwijt te kunnen).

Voor de versterking van kwetsbare aanstaande ouders en gezinnen met kinderen en jongeren kunnen de Huizen van het Kind zeker uitgaan van verschillende goede praktijken en methodieken die voorhanden zijn. Die zorgen ervoor dat het aanbod bruikbaar en toegankelijk wordt gemaakt ten aanzien van maatschappelijk kwetsbare gezinnen, zodat ook zij toegang krijgen tot kennis en een aanbod dat algemeen genomen als 'universeel' wordt beschouwd, maar dat het in realiteit – door een initieel verschil in kansen, kennis, waarden, ... – niet blijkt te zijn. Het gaat hier onder meer over methodieken zoals een werking steunende op gebruikersparticipatie, het samenwerken met ervaringsdeskundigen in de armoede en sociale exclusie en andere brugfiguren, outreachend werken, organisaties die reeds maatschappelijk kwetsbare gezinnen bereiken (en vaak reeds een aangepast aanbod hebben) betrekken en via die organisaties het universele aanbod ten aanzien van die gezinnen ontsluiten en/of via die organisaties drempels detecteren in het 'universele' aanbod, ...

In het kader van gezondheidsongelijkheid zijn er wellicht veel winsten te boeken indien gezinnen ook al tijdens de zwangerschap zouden worden bereikt en tijdig zouden kunnen worden toegeleid naar de reguliere gezondheidszorg en andere diensten. Dit is zeker zo voor kwetsbare zwangere

²¹¹ <http://www.huizenvanhetkind.be>.

vrouwen. Die versterking van de ondersteuning van zwangere vrouwen kan sterk lokaal verankerd gebeuren samen met partners vanuit de Huizen van het Kind.

4. Begeleiding van slachtoffers van seksueel geweld

4.1 Vastgestelde moeilijkheden bij de toegang tot zorg voor slachtoffers van seksuele agressie

SOS VIOL

Personen die het slachtoffer waren van seksuele agressie zijn zowel fysiek als psychisch getekend. De zorg die in die context nodig is, kan het lichaam betreffen (preventieve behandeling voor soi's, morning-afterpil, behandeling van kwetsuren, wonden, kneuzingen, ...), maar ook psychologische symptomen (slaapstoornissen, angst, herbeleven van trauma's, depressieve en suïcidale gedachten, ...) die getuigen van het psychische lijden van de slachtoffers.

Vanuit onze praktijk in de vzw SOS VIOL zien wij hoe de toegang tot medische en/of psychologische zorg om verschillende redenen belemmerd of zelfs verhinderd kan worden.

- 1) De gevolgen van het trauma. Slachtoffers van seksuele agressie ontwikkelen vaak een gevoel van **schaamte en schuld** als gevolg van de traumatische gebeurtenis. In die context is **durven spreken niet gemakkelijk**. De slachtoffers moeten afrekenen met diverse **angsten**: de angst om niet geloofd of om veroordeeld te worden, niet te worden begrepen, gedwongen te worden klacht neer te leggen, te moeten antwoorden op vragen en de gebeurtenissen weer op te roepen, met de vrees dat daardoor het trauma en de pijn opnieuw beleefd worden. Al die elementen spelen mee en bemoeilijken het zetten van de stap naar een consultatie met dokter of psycholoog.

Die gebeurtenis kan trouwens ook zijn weerslag hebben op:

- **de relatie met anderen**: hoe kan men iemand anders opnieuw vertrouwen en hem zijn vertrouwen schenken om zijn lichamelijke en psychische wonden te helen?
- **de relatie met het eigen lichaam**: hoe kan men opnieuw investeren in of zorg dragen voor dat lichaam dat mishandeld, verloochend en verkracht is geweest? Voor sommige slachtoffers is de stap om zichzelf te

verzorgen in tegenspraak met wat ze voelen. Als reactie op verkrachting (verdedigingsmechanismen) kunnen slachtoffers dat lichaam verwaarlozen. Ze beschouwen hun lichaam als niet van hen, verlaten, dood of gedegradeerd tot de staat van afval.

Bovendien kan de idee-fixe zich te moeten uitkleden of inwendige onderzoeken te moeten ondergaan, elk vooruitzicht op een medische consultatie opschorten of tegenhouden.

- 2) In sommige gevallen leidt een slechte ervaring (woorden of vragen die een veroordeling inhouden) met een dierbare (familie, vrienden, partner) of een professional (dokter, gynaecoloog, psycholoog, politie, ...) ertoe dat de persoon zich geremd voelt om te spreken (definitief of tijdelijk). We maken van deze gelegenheid gebruik om te onderstrepen **hoe belangrijk het is om bij de eerste opvang aandacht te hebben** voor het verhaal van het slachtoffer. Het lijkt in die context van primordiaal belang dat veldwerkers daar bewust worden van gemaakt en een specifieke opleiding krijgen om dat soort opvang te kunnen verlenen, er rekening mee houdend hoe belangrijk die opvang wel is voor het slachtoffer en zijn verwerking van de gebeurtenis. Het risico is immers reëel dat de slachtoffers een muur van stilzwijgen optrekken en daarmee hun isolement nog vergroten.
- 3) De stap om op consultatie te gaan kan voor slachtoffers die hun agressor kennen (familielid, ex-partner, partner, vrienden, kennissen, ...), worden bemoeilijkt door de angst dat ze het 'familiale evenwicht' zullen verstoren, doordat ze met tegenstrijdige gevoelens moeten afrekenen.
- 4) In het kader van de opvolging van personen die asiel aanvragen, stellen we vast dat, wanneer ze niet meer ten laste genomen zijn door een logiesstructuur zoals het Fedasilcentrum of het Rode Kruis, of wanneer hun aanvraag verworpen is, ze niet langer van de mogelijkheid genieten om een lopende therapeutische behandeling verder te zetten (het lopende proces is niet langer gedekt, bijvoorbeeld) of verder medische zorg te krijgen (tenzij via vzw Dokters van de Wereld).

4.2 Gendergerelateerd en partnergeweld: bijdrage van het International Centre for Reproductive Health (ICRH)²¹²

Ines KEYGNAERT, An-Sofie VAN PARYS en Els LEYE

4.2.1 Omvang van het probleem

Seksueel geweld is een breed begrip en omvat een veelheid van daden, zoals verplichte seks tijdens het huwelijk en andere partnerrelaties, verkrachting door vreemden, systematische verkrachting tijdens gewapende conflicten, ongewenste seksuele aanrakingen en seksuele avances (zoals seksuele daden in ruil voor een job of schoolpromotie), seksueel misbruik van kinderen, verplichte prostitutie, mensenhandel, kindhuwelijken en andere schadelijke traditionele praktijken, zoals vrouwelijke genitale verminking.

De beschikbare gegevens wijzen erop dat wereldwijd één op de drie vrouwen slachtoffer wordt van seksueel of fysiek geweld vanwege hun partner of seksueel geweld door iemand anders dan een partner.²¹³

Uit het bestaande onderzoeksmateriaal voor België blijkt dat seksueel geweld ook hier een frequent voorkomend probleem is dat nog steeds maar al te vaak miskend wordt. In België werd een eerste studie naar de prevalentie van geweld tegen vrouwen uitgevoerd in 1988²¹⁴. In een tweede onderzoek in 1998 werd dit uitgebreid naar mannen en tien jaar later, in 2008, coördineerde het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen een nieuwe grootschalige studie over de ervaringen van vrouwen en mannen met interpersoonlijk geweld.²¹⁵ Telefonische interviews met 2014 meerderjarige personen leerde dat 5,6% van de bevroegde vrouwen en 0,8% van de mannen te maken kreeg met gedwon-

212 International Centre for Reproductive Health, een onderzoekscentrum verbonden aan de faculteit Geneeskunde van de Universiteit Gent en onder leiding van prof. Marleen TEMMERMAN.

213 WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council (2013): Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO reference number: 978 92 4 156462 5.

214 VANDEWEGE, R., R. BRUYNOOGHE en S. OPDEBEEK (1988). Ervaringen van vrouwen met fysiek en seksueel geweld - preventie en gevolgen. Rapport bestemd voor de staatssecretaris voor Leefmilieu en Maatschappelijke emancipatie, Brussel: INBEL; Bruynooghe, Noelanders en Opdebeek, Geweld ondervinden, gebruiken en voorkomen; COCKX, R. (2009). Miel SMET: drie decennia gelijkekansenbeleid, Brussel: Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen, pp. 90-92.

215 J. PIETERS, *Ervaringen van mannen en vrouwen met psychologisch, fysiek en seksueel geweld*, Brussel, Instituut voor Gelijkheid van Vrouwen en Mannen, 2010.

gen/ongewenste seksuele aanrakingen of betrekkingen na de leeftijd van 18 jaar. Vóór de leeftijd van 18 jaar bedroegen deze percentages zelfs respectievelijk 8,9% voor de vrouwen en 3,2% voor de mannen. De grote meerderheid van het seksuele geweld vóór 18 jaar is gebeurd door iemand uit de naaste omgeving of door familieleden, vooral indien het vrouwelijke slachtoffers betreft.

Sexpert – een recent grootschalig bevolkingsonderzoek naar de seksualiteitsbeleving in Vlaanderen – toont dat 1 op 5 vrouwen en 1 op 10 mannen ervaring heeft met één of meerdere vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag vóór de leeftijd van 18 jaar. Na de leeftijd van 18 jaar is dit 1 op 7 vrouwen en 1 op 40 mannen.²¹⁶

Het ICRH verrichtte uitgebreid onderzoek naar geweld vanuit drie specifieke uitgangspunten:

Geweld rond de periode van de zwangerschap

ROELENS en collega's²¹⁷ (2008) toonden aan – via schriftelijke bevraging van 537 zwangere vrouwen in de regio Oost-Vlaanderen – dat 26,7% van de vrouwen ooit in haar leven fysiek en/of seksueel geweld meemaakte. Eén op vijf vrouwen (22,3%) was ooit slachtoffer van fysiek geweld, terwijl één op tien (11,2%) ooit slachtoffer was van seksueel geweld, waarbij in meer dan de helft van de gevallen sprake was van verkrachting.

De studie van JEANJOT en collega's (2008)²¹⁸, waarbij 200 vrouwen in het vroege post-partum bevraagd werden – rapporteert soortgelijke resultaten. 22% van de vrouwen was ooit in hun leven slachtoffer van huiselijk geweld en 11% gaf aan huiselijk geweld meegemaakt te hebben tijdens de zwangerschap. In meer dan de helft van de gevallen bleek de (ex-)partner de dader te zijn.

Ook de grootschalige prevalentiestudie naar geweld in België – uitgevoerd door PIETERS en collega's (2010)²¹⁹ – bevestigde de omvang van het probleem

216 <http://www.sexpert-vlaanderen.ugent.be/media/3376/sabine-hellemans-sgg-20130208.pdf>

217 K. ROELENS, H. VERSTRAELEN, K. VAN EGMOND en M. TEMMERMAN, 'Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: a survey surveillance study', *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008, 137(1), 37-42.

218 I. JEANJOT, P. BARLOW en S. ROZENBERG, 'Domestic violence during pregnancy: Survey of patients and Healthcare providers', *Journal of Women's Health* 2008, 17(4), 557-567.

219 J. PIETERS, *Ervaringen van mannen en vrouwen met psychologisch, fysiek en seksueel geweld*, Brussel, Instituut voor Gelijkheid van Vrouwen en Mannen, 2010.

en wees uit dat 7,1% van de vrouwelijke respondenten ernstig partnergeweld meemaakte tijdens de zwangerschap.

Deze cijfers komen overeen met bevindingen in andere landen, waarbij de prevalentiecijfers voor partnergeweld rond de periode van zwangerschap variëren van 3 tot 30%.²²⁰

*Seksueel geweld tegen vluchtelingen, asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf*²²¹

Vluchtelingen en mensen zonder wettig verblijf krijgen zeer vaak te maken met verschillende vormen van geweld, in het land van herkomst en/of tijdens hun migratietraject. Onderzoek in België en Nederland²²² wees uit dat een meerderheid van de vluchtelingen ook na hun aankomst in Europa met verschillende vormen van geweld geconfronteerd wordt. Emotioneel-psychisch geweld spant de kroon met 62%, gevolgd door seksueel geweld (56,6%) en fysiek geweld (47,3%). Socio-economisch geweld (33,7%) komt ook vaak voor en dikwijls gaat het daarbij om het niet verkrijgen van diensten, zoals zorg en medicatie of uitsluiting op basis van verblijfsstatus of origine.

In ongeveer 30,7% van de gerapporteerde gevallen was de (ex-)partner van het slachtoffer de geweldpleger. Opvallend is dat uit dezelfde studie blijkt dat professionele hulpverleners ook vaak dader zijn. Zo blijkt dat in 23,3% van de gevallen het geweld werd gepleegd door medewerkers in opvangcentra of OCMW, politie, leerkrachten, werkgevers of de autoriteiten. In bijna een vijfde van de gevallen was de dader voor het slachtoffer onbekend.

Vrouwelijke genitale verminking (VGV)

Vrouwelijke genitale verminking (VGV) omvat alle ingrepen aan de uitwendige genitaliën van vrouwen (en meisjes) om niet-therapeutische rede-

220 DEVRIES, K. M., KISHOR, S., JOHNSON, H., STÖCKL, H., BACCHUS, L. J., GARCIA-MORENO, C., & WATTS, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 158-170. doi: 10.1016/s0968-8080(10)36533-5. TAILLIEU, T. L., & BROWNRIDGE, D. A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggress Violent Behav*, 15(1), 14-35. doi: DOI 10.1016/j.avb.2009.07.013. JAMES, L., BRODY D. & HAMILTON, Z. (2013). Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence & Victims*, 28(3), 359-380.

221 I. KEYGNAERT, 'Seksueel geweld tegen vluchtelingen, asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf in België en Nederland' in *Vrouwen onder druk*, Lannoo Campus, 2010, Hoofdstuk 4, p. 69-88.

222 Het participatief onderzoeksproject 'Hidden Violence is a Silent Rape' (2006-2008, International Centre for Reproductive Health, Universiteit Gent).

nen (*cf.* kader). In België is iedere persoon die om het even welke vorm van VGV uitvoert, eraan deelneemt of vergemakkelijkt, sinds 2001 strafbaar volgens artikel 409 van de Algemene Strafwet. Toch wordt de ware omvang van vrouwelijke genitale verminking in Europa en België steeds zichtbaarder.

Typologie volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2008)

Type 1 of clitoridectomie is de excisie van het preputium of kapje van de clitoris, met of zonder het verwijderen van delen van of de hele clitoris.

Type 2 of excisie betreft het gedeeltelijk of volledig wegsnijden van de clitoris en de labia minora, met of zonder de excisie van de labia majora.

Type 3 of infibulatie is de vernauwing van de vaginale opening door een bedekkende afsluiting, gecreëerd door het wegsnijden en aan elkaar hechten van de labia minora en/of labia majora, met of zonder de excisie van de clitoris.

Type 4 omvat alle andere schadelijke procedures aan de vrouwelijke genitaliën voor niet-medische redenen, zoals het prikken, piercen, incideren, afkrabben en dichtschroeien.

Een prevalentiestudie uitgevoerd in 2010, toont aan dat in België het aantal vrouwen en meisjes afkomstig uit een land waar VGV wordt uitgevoerd, geraamd wordt op 22.840, van wie 6.260 vermoedelijk besneden zijn en 1.975 het risico lopen om besneden te worden.²²³

4.2.2 Gevolgen van het geweld

Slachtoffers van seksueel en andere vormen van geweld kampen vooral met emotionele en psychologische gevolgen, zoals depressies, angst, verwaarlozing, het nemen van geneesmiddelen of drugs, stress, slaap- en eetstoornissen. Zelfmoordpogingen komen meer voor bij slachtoffers van geweld en zijn tot twee maal frequenter onder vrouwelijke slachtoffers van fysiek geweld en tot vier maal frequenter onder slachtoffers van seksueel geweld vóór de leeftijd van 18 jaar.²²⁴

Daarnaast zijn socio-economische gevolgen beschreven als jobverlies en schoolachterstand. De gevolgen kunnen ook fysiek zijn, bijvoorbeeld bij verwondingen die soms ziekenhuisopname vereisen, bewusteloosheid, bloedver-

223 DUBOURG D, RICHARD F, LEYE E, NDAME S, ROMMENS T, MAES S. Estimating the number of women with female genital mutilation in Belgium. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011 Aug;16(4):248-57. doi: 10.3109/13625187.2011.579205. Epub 2011 May 11.

224 PIETERS J. (2010). Ervaringen van mannen en vrouwen met psychologisch, fysiek en seksueel geweld. Instituut voor Gelijkheid van Vrouwen en Mannen, Brussel.

lies, uitputting, hartproblemen, gastro-intestinale problemen, gewichtsverlies en blauwe plekken. Verder mogen we niet vergeten dat een aantal slachtoffers van geweld hun ervaringen niet meer kan navertellen omdat het geweld hen fataal geworden is. Een vijfde van de slachtoffers meldt ook problemen op het vlak van de seksuele en reproductieve gezondheid, zoals seksuele disfunctie, ongewenste zwangerschap, miskraam of hiv-besmetting.

De gevolgen van vrouwelijke genitale verminking kunnen eveneens ernstig zijn en variëren van onmiddellijke complicaties (bv. hevige pijn, hemorragie, shock en infecties) tot gevolgen op lange termijn (bv. huidcysten, chronische infecties, bevallingscomplicaties, posttraumatisch stress syndroom).

4.2.3 De hulpvraag

Mannen praten minder vaak met derden over het geweld dat ze hebben ervaren dan vrouwen (68,7%, tegenover 81,7%). Dat geldt des te meer wanneer het gaat om partnergeweld en om seksueel geweld tegen minderjarigen. Slechts in een minderheid van de gevallen wordt door slachtoffers van geweld een klacht ingediend: 13,9% van de vrouwelijke slachtoffers en 9,8% van de mannelijke slachtoffers doet, ongeacht de dader, aangifte bij de politie. Geweld gepleegd door familie wordt het minst aangegeven (6,2%), terwijl partnergeweld (17,9%) en geweld gepleegd door onbekenden (21,1%) relatief gezien het vaakst worden aangegeven.

De studie van ROELENS *et al.* (2008) toonde eveneens aan dat slechts een zeer kleine minderheid van de vrouwelijke slachtoffers van seksueel geweld (6,6%) medische zorg zocht bij een huisarts, gynaecoloog of spoeddienst.²²⁵

4.2.4 Drempels naar de hulpverlening toe

Op niveau van de slachtoffers

Het participatieve onderzoeksproject 'Verborgene Zorgen' ter preventie van seksueel en gendergerelateerd geweld tegen vrouwen met of zonder verblijfstatuut in België (2009)²²⁶ onderzocht onder meer welke drempels er naar de hulpverlening toe bestaan. Slechts iets minder dan de helft van de slachtof-

225 K. ROELENS, H. VERSTRAELEN, K. VAN EGMOND en M. TEMMERMAN, 'Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: a survey surveillance study', *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008, 137(1), 37-42. doi, 10.1016/j.ejogrb.2007.04.013.

226 I. KEYGNAERT, K. VAN EGMOND, N. EL MAHI en M. TEMMERMAN, *Wetenschappelijk rapport Verborgene Zorgen*, ICRH UGent, 2009, p. 5-11.

fers van gendergerelateerd geweld bleek hulp te zoeken bij een officiële hulpverleningsdienst.

Een derde van de slachtoffers bleek geen echte hulpvraag te hebben en een aantal vrouwen heeft geen zin om hun verhaal aan hulpverleners in detail uiteen te doen uit schaamte, schuldgevoel, verlegenheid, angst voor de gevolgen bij het openbaar maken van de geweldervaringen, ... Opmerkelijk is dat de helft van de slachtoffers aangeeft dat de geweldpleger hen tegenhield om hulp te gaan zoeken. Bijna 60% heeft tevens schrik voor toename van het geweld in geval van aangifte of voor tegenbeschuldigingen door de dader. De angst om de kinderen te verliezen (68%) en de angst voor het uiteenvallen van het gezin (60%) blijken veel belangrijker te zijn dan de angst om de partner zelf te verliezen (26%). Bij meer dan de helft van de slachtoffers vormt de schrik om in armoede te geraken en/of geen onderdak meer te hebben, een belangrijke drempel om naar de hulpverlening te stappen.

Vrouwen met het statuut van vluchteling of asielzoeker en vrouwen zonder wettig verblijf geven aan dat het niet hebben van geldige verblijfsdocumenten en schrik voor uitwijzing een belangrijke drempel vormen om naar de verschillende hulpverleningsdiensten te stappen. Verder zijn ook taal- en cultuurverschillen, de angst om niet begrepen te worden, geldtekort, lange wachtlijsten bij de hulpverleningsdiensten en onbekendheid met het zorgaanbod van invloed.

Op niveau van de hulpverlening

Niet alleen slachtoffers vinden het moeilijk om hun geweldervaring(en) aan te kaarten, ook zorgverleners kennen schroom. Uit een studie onder gynaecologen bleek de meerderheid routinematig screenen naar partnergeweld bij alle patiënten te verwerpen, deels uit 'angst de patiënt te beledigen'.²²⁷ Diverse studies geven echter juist aan dat de meeste vrouwen geen bezwaar hebben tegen vragen stellen over of screenen naar geweld door de zorgverlener. Hoewel slachtoffers vaak niet spontaan over geweld durven beginnen, zou navraag erover door de hulpverlener hen (kunnen) helpen de barrière weg te nemen.

Daarbij hebben hulpverleners vaak een gebrekkige kennis over gendergerelateerd geweld en de wetgeving daaromtrent. Dit gaat gepaard met het onvoldoende oppikken van de meestal specifieke symptomen en een onderschatting

227 K. ROELENS, H. VERSTRAELEN, K. VAN EGMOND en M. TEMMERMAN, 'A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium', *BMC Public Health* 2006, 6, 238. doi, 10.1186/1471-2458-6-238.

van het probleem. Gynaecologen schatten desgevraagd dat intiem partnergeweld slechts bij 0.5% van hun patiënten voorkomt, terwijl het werkelijke cijfer waarschijnlijk eerder tussen 5 en 10% ligt.²²⁸ De studie van ROELENS en collega's (2006) toonde aan dat een gebrek aan kennis en vaardigheden met betrekking tot de aanpak van partnergeweld en een gebrekkige kennis van de doorverwijsmogelijkheden voor gynaecologen ook belangrijke barrières vormen om routinematig naar geweld te (willen) screenen. Richtlijnen of een specifiek beleid inzake gendergerelateerd geweld om zorgverleners op weg te helpen, zijn (nog) niet altijd voorhanden of bij de zorgverstrekkers onvoldoende bekend.

Ook hulpverleners geven aan dat taal- en cultuurbarrières een adequate zorg in de weg kunnen staan. Vlaamse gynaecologen blijken bijvoorbeeld zelden iets aan preventie van vrouwelijke genitale verminking (VGV) te doen, met als belangrijkste redenen communicatieproblemen, taalbarrières of respect voor de cultuur van de vrouw.²²⁹ Hulpverleners zien soms ook af van het melden van VGV omdat ze niet willen ingrijpen in de culturele tradities van een uitheemse gemeenschap, of omdat ze er voor beducht zijn het etiket 'racist' opgeplakt te krijgen.²³⁰

Getuigenis uit "Vrouwen onder Druk"²³¹

Een gynaecoloog krijgt een Soedanese vrouw op consultatie, die pas bevallen is. De vrouw vertelt dat ze net voor de bevalling door een andere gynaecoloog was 'geopend', maar dat diezelfde gynaecoloog haar na de bevalling niet weer wou dichtmaken. Volgens haar is het in haar cultuur gebruikelijk om een mooie gesloten vagina te hebben en ze zegt er nog bij dat haar man erop stond dat ze weer zou worden gesloten zoals voor de bevalling. De gynaecoloog luistert naar haar verhaal en besluit om aan het verzoek van de vrouw te voldoen: deels omdat de vrouw toch al besneden is en het hier niet gaat om het verwijderen van de genitaliën, deels om te vermijden dat de vrouw traditionele besnijders zou opzoeken die haar nog meer schade zouden kunnen berokkenen.

228 A. VAN PARYS, K. ROELENS en M. TEMMERMAN, 'Zwangerschap en partnergeweld' in *Handboek Familiaal Geweld*, afl. 5, 2013.

229 E. LEYE, I. YSEBAERT, J. DEBLONDE, P. CLAYES, G. VERMEULEN en M. TEMMERMAN, 'Female Genital Mutilation: Knowledge, Attitudes and Practices of Flemish Gynecologists', *European Journal for Contraception and Reproductive Health Care* 2008, 13, 2, 182-190.

230 E. LEYE, J. DEBLONDE, J. GARCÍA-ANÓN, S. JOHNSDOTTER, A. KWATENG-KLUVITSE, L. WEIL-CURIEL en M. TEMMERMAN, 'An Analysis of the Implementation of Laws with Regard to Female Genital Mutilation in Europe', *Crime Law Social Change* 2007, 47, 1-31.

231 E. LEYE et M. TEMMERMAN, *Vrouwen onder druk: schendingen van de seksuele gezondheid bij kwetsbare vrouwen*, op. cit.

4.2.5. Aanbevelingen

Alleen met inspanningen van vooral de overheid en de hulpverleningsdiensten, maar ook de samenleving, slachtoffers en daders kunnen de bestaande drempels verlaagd worden. Om de stap naar de hulpverlening te vergemakkelijken, moet er gewerkt worden aan een laagdrempelige, voor iedereen toegankelijke hulpverlening, met een groter aanbod, meer diversiteit, vakkundig personeel en faciliteiten voor anderstaligen. Ook het vergroten van de kennis en de informatie over en het beter bespreekbaar maken van gendergerelateerd geweld in zowel de hulpverlening als in het algemeen, is van belang.

Al in de medische opleiding zou meer aandacht moeten zijn voor gendergerelateerd geweld en de omgang met socioculturele verschillen en gevoeligheden. Voor het optimaliseren van de zorg en de preventie dienen meer richtlijnen, beleid en protocollen voor het behandelen en doorverwijzen van diverse vormen van gendergerelateerd geweld opgesteld te worden. Het is daarbij belangrijk dat zorginstellingen en hulpverleningsdiensten hun personeel regelmatig opleiden en ondersteunen in het gebruik hiervan.

Ook de respondenten van het participatief onderzoeksproject Hidden Violence is a Silent Rape gaven als belangrijkste aanbeveling over de hulpverlening dat gezondheidszorg en andere diensten toegankelijk gemaakt worden voor iedereen, ongeacht verblijfstatus. Ze benadrukten de nood aan diensten die veilig en betrouwbaar zijn voor vluchtelingen, asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf, en die psychologische hulp bieden.²³² Ook de respondenten van het onderzoeksproject Verborgene Zorgen zien de overheid als doeltreffendste kanaal om de drempels naar de hulpverlening te verlagen. Samenvattend stellen zij de volgende beleidsmaatregelen voor.

- Verbeteren van het hulpverleningsaanbod door meer en vlotter bereikbare centra, een gratis of toch zeer goedkope dienstverlening, de garantie op veiligheid en anonimiteit, het inschakelen van ervaringsdeskundigen, ...

‘Meer dienstverlening in de buurt, zodat het makkelijker wordt om ernaartoe te gaan.’

‘De persoon meer begeleiden in plaats van ze proberen te “redden”’

232 KEYGNAERT I, VETTENBURG N & TEMMERMAN M (2012): Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands, Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care, DOI:10.1080/13691058.2012.671961

- Oog hebben voor de anderstalige Belgen met folders in meerdere talen, voldoende tolken en/of interculturele bemiddelaars bij de hulpverleningsdiensten, ...
- Sensibiliseren van de publieke opinie over de omvang en het belang van het probleem ‘gendergerelateerd geweld’ in onze maatschappij en het herkennen van de signalen.

‘Luisteren (!) naar ons verhaal en niet denken dat ze steeds “raad” moeten geven.’

- De kennis vergroten over de beschikbare hulpverleningsdiensten voor assistentie op medisch, sociaal, politieel en/of juridisch vlak, vooral bij anderstalige Belgen.
- Ruimer bekendmaken van de rechten van slachtoffers en van de juridische mogelijkheden, op een eenvoudige en duidelijke manier.
- Bewijslast in geval van psychisch-emotioneel geweld vereenvoudigen en een snelle interventie van politieel en juridische diensten garanderen.
- Strijden tegen armoede, de zelfbeschikking van vrouwen over financiële middelen garanderen en de bestaande financiële genderkloof dichten.
- Jongeren en mannen betrekken bij de preventie van gendergerelateerd geweld via sensibiliseringscampagnes op school (over drugs en alcohol, gendergerelateerd geweld en grensoverschrijdend gedrag, de gelijkheid man/vrouw, ...).

4.3 Gesprek met Slachtofferhulp Brussel (Hulpverlener Begga Van de Velde en onthaalmedewerker, vrijwilligerscoach en medewerker meldpunt 1712 Diane Bruneel)

Kan u de organisatie en haar rol beknopt omschrijven?

Slachtofferhulp is er voor slachtoffers en getuigen van misdrijven zoals diefstal, inbraak, aanranding, verkrachting, (partner)geweld, stalking en verkeersongevallen. Ook nabestaanden van moord, dodelijke verkeersongevallen en zelfdoding kunnen bij ons terecht. We werken met een multidisciplinair team van orthopedagogen, maatschappelijk assistenten, criminologen, een jurist en een ploeg opgeleide vrijwillige medewerkers. De geboden hulp is gratis en het aanbod vrijblijvend. We richten ons zowel naar volwassenen als naar jongeren en kinderen.

Slachtofferhulp is ingebed in het CAW. We maken onderdeel uit van het ruimere aanbod binnen slachtofferzorg, samen met de slachtofferbejegening door de politie en het slachtofferonthaal op niveau van het parket. Al wordt dat wel vaak gedacht, het is *niét* noodzakelijk om eerst een klacht in te dienen bij politie of parket om hulp te krijgen van Slachtofferhulp: iedereen kan bij ons terecht.

Ons werk bestaat uit vier pijlers. Er is de psychosociale begeleiding, slachtoffers kunnen bij ons terecht met hun verhaal en binnen het groepsaanbod voor lotgenotencontact. De volgende pijler is juridisch advies en informatie. Als bijvoorbeeld een slachtoffer van partnergeweld een klacht wil neerleggen dan bespreken we wat het inhoudt, hoe het werkt en hoe het verder gaat.

Wij kunnen een slachtoffer begeleiden om bij de politie een de klacht neer te leggen. Een andere pijler is praktische ondersteuning. We gaan bijvoorbeeld met slachtoffers mee naar het parket, naar een zitting, vertalen het jargon van advocaten naar de mensen toe. Of om bij het voorbeeld van partnergeweld te blijven, als iemand bij een partner weg wil en op zoek is naar noodopvang kunnen we deze persoon daarbij ondersteunen. De laatste pijler is doorverwijzing. Als wij niet de juiste hulp kunnen bieden dan zorgen we voor een doorverwijzing en bereiden de slachtoffers daarop ook voor wanneer zij al enige tijd bij ons in begeleiding zijn.

Hoe komen slachtoffers bij jullie terecht?

Politie, huisartsen, ziekenhuizen, scholen, CAW of andere diensten verwijzen slachtoffers of getuigen door naar Slachtofferhulp. Dat gebeurt al, maar zou nog veel beter kunnen. Hoe langer hoe meer mensen leggen ook rechtstreeks contact met ons of iemand uit hun omgeving doet dat. Toch zijn slachtoffers over het algemeen géén hulpvragers, daarom werken we outreachend, we zetten vaak de eerste stap in het contact. Mits toestemming van de hulpvragers.

We zijn een sensibilisatiecampagne gestart en schrikken ervan hoe weinig we eigenlijk gekend zijn bij hulpverleningsdiensten en burgers. Onze naam is misschien wel gekend, maar onze werking niet altijd. Zo denken ook veel hulpverleners dat slachtoffers een klacht neergelegd moeten hebben voordat ze hulp van ons kunnen krijgen. We moeten iedereen alert houden dat we bestaan, het verloop in de hulpverleningsdiensten is enorm groot, je bent nooit gedaan met sensibiliseren en netwerken. Zo geven we dienstvoorstellingen bij andere organisaties, het helpt als mensen u gezien hebben, zien wie er achter Slachtofferhulp zit.

Kennen de meeste slachtoffers hun weg in de hulpverlening of hebben ze hierbij veel begeleiding nodig?

We proberen ons aanbod op zoveel mogelijk manieren bekend te maken door bv. andere diensten te sensibiliseren of ons aanbod te verduidelijken via onze website. We zijn dan ook blij wanneer slachtoffers of hun omgeving zelf het initiatief nemen om met ons contact op te nemen of er nu een klacht werd ingediend of niet. We horen vaak dat mensen al dikwijls van het kastje naar de muur zijn gestuurd, en daar moe van zijn. Het werkt dan vaak beter stappen te zetten voor of met hen. Als ondersteuning, zonder te betuttelen, we werken emancipatorisch. We bekijken hun vraag en maken die helder. Niet alleen op juridisch vlak maar zeker ook in de hulpverlening kunnen we slachtoffers wegwijs maken. Daarbij bekijken we ook steeds hoe we de volgende stap naar of in de hulpverlening makkelijker kunnen maken. Bijvoorbeeld door met het slachtoffer te bekijken wie ze binnen hun eigen netwerk kunnen aanspreken om hen te ondersteunen of door zelf mee te gaan naar een hulpdienst, of voor die persoon het eerste contact met een dienst te leggen. Het gebeurt zelden dat we zeggen: 'dit is het telefoonnummer, bel zelf maar naar die dienst'.

Worden slachtoffers binnen de hulpverlening doorgaans correct doorverwezen?

In de coaching en vorming die Slachtofferhulp aanbiedt aan iedereen die beroepshalve met slachtoffers in aanraking komt, zoals politie, ziekenhuispersoneel en huisartsen, merken we dat in dat opzicht nog veel werk aan de winkel is. We hebben reeds meegewerkt aan vormingen waar we huisartsen leren hoe de signalen van intrafamiliaal geweld te herkennen en hoe door te verwijzen.

Daarbij is geweld, zeker binnen een gezin of relatie, nog altijd een groot taboe - ook onder hulpverleners. Om te kunnen doorverwijzen moet je eerst in gesprek kunnen gaan over het probleem. Maar net zoals de slachtoffers drempels van schaamte, angst en aarzeling kennen, hebben hulpverleners die ook. Ze zijn vaak bang om verdenkingen van geweld te bespreken, want stel dat het niet waar is. Als een arts niet in gesprek gaat en een patiënt niet durft te praten, dan kan het extreem gezegd gebeuren dat een slachtoffer van geweld slechts met vitaminepilltjes 'tegen de vermoeidheid' naar buiten komt. Dan is correct doorverwijzen niet eens mogelijk omdat de ware reden niet naar boven komt. Het is ook niet makkelijk voor slachtoffers om doorverwezen te worden als ze al vertrouwd zijn met een hulpverlener. Elkaar loslaten is niet altijd evident, zeker als je niet weet wat in de vervolg hulpverlening gaat gebeuren. Anderzijds bestaat er ook wel wat concurrentie onder verschillende

hulpverleningsdiensten, iedereen krijgt immers subsidies uit hetzelfde potje. Mogelijks is soms het aanbod overlappend.

Daarbij is de sociale kaart niet altijd voldoende gekend door hulpverleners. De sociale sector is zo aan veranderingen onderhevig dat het ook niet makkelijk is om bij te houden. Zo gaf de overheid in 2011 de opdracht een meldpunt intrafamiliaal geweld op te zetten, maar twee jaar later werd die weer ingebed in een ander meldpunt. Dat is niet alleen verwarrend voor de burgers maar ook voor de hulpverlening zelf. Het hulpverleningsaanbod is vaak versnipperd. Ook binnen slachtofferzorg zitten er hiaten in de doorverwijzing, we merken dat we daarmee mensen kwijtspelen, bijvoorbeeld alleen al door de lange wachtlijsten in de zorg.

Heeft u aanbevelingen om de toegang tot de zorg te verbeteren?

De overheid zou een structureel, coherent en continue beleid met een lange termijn visie moeten voeren. Niet het ene jaar dit, het andere jaar dat, zoals nu vaak gebeurt. Nu lijkt het of iemand een idee heeft, dat wordt goed bevonden en in werking gesteld, maar vervolgens heeft iemand anders een nieuw idee en wordt alles weer veranderd. En als hulpverlener kun je er alleen maar op staan kijken, het ondergaan en maar je best doen...de sector wordt nauwelijks betrokken bij de planning, er wordt weinig geluisterd naar de basis. Er is meer transparantie nodig.

G. Geestelijke gezondheid en sociale uitsluiting

Sébastien Alexandre – Patricia Schmitz (SMES-B)

Abstract

Mensen die in de meest precare omstandigheden leven, verkeren niet alleen in een problematische maatschappelijke situatie, maar moeten ook vaak afrekenen met een opeenstapeling van problemen van administratieve, fysieke en psychische aard. Vooral geestelijke gezondheidsproblemen blijken ruim aanwezig bij dit zeer kwetsbare publiek, de prevalentie bij psychotische stoornissen wordt op 30% geschat.

Door de mazen in het net van de sociale zekerheid en de sectoriële organisatie van het sociaal beleid en het gezondheidsbeleid is de toegang tot hulp en zorg voor hen moeilijker. Het merendeel van de klassieke voorzieningen neemt slechts één aspect van hun kwetsbaarheid ten laste.

Waardevolle, vernieuwende maar onzekere initiatieven zoals die van SMES-B ijveren voor een totaalzorg voor personen in een kwetsbare positie. In de wetenschap dat kwetsbaarheid velerlei vormen heeft, stelt SMES-B de sectoriële organisatie van hulp en zorg voor de meeste kwetsbare personen opnieuw ter discussie en promoot een aanpak over de sectoren heen, waarbij zowel rekening wordt gehouden met sociale problemen als met de geestelijke gezondheid.

1. Wanneer een opeenstapeling van precare omstandigheden de toegang tot geestelijke gezondheidszorg bemoeilijkt

1.1 Complexe precare omstandigheden

Vooral in steden maar ook op het platteland kampen mensen vaak niet alleen met sociale uitsluiting, maar ook met medisch-psychologische problemen. Dat is bijzonder goed te zien op het Brusselse grondgebied, op openbare plaatsen zoals de metro-ingangen en de ‘no man’s lands’ in de stad. Het is eveneens merkbaar in structuren met een (heel) lage toegangsdrempel, zoals nachtopvangcentra, spoeddiensten van ziekenhuizen, onthaalhuizen,...

Die onthaalhuizen en sociale hulpverleners maken melding van een verslechtering van de geestelijke gezondheid van hun in hoge mate kwetsbare

publiek. Daarbij hebben we het niet noodzakelijkerwijs over een precieze diagnose, want vaak hebben die personen geen toegang tot gespecialiseerde diensten. We bedoelen hier die vrouwen en mannen die getroffen zijn door 'geestesziekten': schizofrenen, paranoïci, melancholici of personen met stoornissen die verbonden zijn aan het gebruik van middelen (illegale drugs, of legale zoals alcohol), middelen die ze bijna systematisch gebruiken onder druk van een vijandige omgeving. Velen van hen hebben psychiatrische of fysieke trauma's opgelopen en vertonen depressies en angststoornissen die min of meer chronisch zijn geworden.

Wie op straat woont, komt inderdaad in een negatieve spiraal terecht. Het grote punt van overeenkomst dat men bij alle daklozen vaststelt, is die opeenstapeling van moeilijkheden die elkaar in de loop van een lang proces opvolgen. Elk struikelblok leidt, als het niet uit de weg wordt geruimd, tot weer nieuwe problemen, die steeds moeilijker op te lossen zijn. De dakloze raakt door die hindernissen afgestompt en put de middelen uit waar hij een beroep op kan doen. Die kwetsbaarheid veroorzaakt barsten en die kunnen de persoon uiteindelijk breken.

Door die complexe problematiek is dakloos zijn veel meer dan enkel het gebrek aan een dak boven het hoofd. Iemand een 'thuis' aanbieden is dan ook helemaal geen oplossing voor alle problemen. Gebrek aan huisvesting betekent geen vaste woonplaats en dus moeilijke toegang tot sociale hulp en ziekenfondsen. Als er al oplossingen zijn, zoals het referentieadres, dan zijn het vaak slechts lapmiddelen, beroerd knoeiwerk waar daklozen en hulpverleners eindeloos lang mee bezig zijn. Gebrek aan huisvesting betekent ook dat het moeilijk is om een sociale wereld op te bouwen, omdat 'thuis' en privacy niet bestaan en relaties op straat al net zo broos zijn als hun bestaan. Gebrek aan huisvesting betekent ook een grotere immunodeficiëntie voor allerlei gezondheidsproblemen door een gebrek aan hygiëne, comfort, rust, evenwichtige voeding enzovoort. Die gebreken leiden noodzakelijkerwijs tot lichamelijke problemen. De levensverwachting van personen die op straat leven, ligt tientallen jaren lager dan die van de globale bevolking.

Zoals we hierboven reeds vermeldde, veroorzaken die gebreken ook barsten, problemen met de geestelijke gezondheid. Of misschien leiden die mentale gezondheidsproblemen tot preciaire omstandigheden waardoor ze op straat eindigen? De kip of het ei? Het belangrijkste is niet het achterhalen van de oorzaak, maar wel dat men aandacht schenkt aan de opeenstapeling van moeilijkheden.

Daklozen hebben immers vaak af te rekenen met een opeenstapeling van maatschappelijke problemen en problemen van mentale aard, gebruik van psychotrope middelen en ook soms somatische complicaties. Professionals getuigen van een steeds groter wordende prevalentie van psychiatrische stoornissen binnen de groep van de daklozen, maar die problemen kunnen voortvloeien uit een situatie van langdurige grote armoede, preciaire omstandigheden en sociale uitsluiting. Het kunnen ook oorzakelijke problemen zijn. Het belangrijkste is echter dat het dagelijkse kost is in de hulp- en zorgvoorzieningen die zich op die bevolkingsgroep richten. En dat geldt ook in andere, meer algemene voorzieningen. Geen enkele voorziening is voldoende uitgerust om situaties van sociale en mentale kwetsbaarheid het hoofd te bieden.

Patrick DECLERCK, schrijver van het boek *Les naufragés – Avec les clochards de Paris*²³³, heeft ongetwijfeld de meest antropologische beschrijving van daklozen gegeven. Hij merkt bij hen zo'n groot lijden op dat het bijna intra-uterien is, volledig aangeboren. Als antwoord op een onverdraaglijke angst stort de dakloze in, vernietigt zichzelf op straat met alcohol, met bepaalde drugs of met andere angstremmende remedies.

Het profiel van de dakloze is dus niet eenduidig: achter de grote kwetsbaarheid op het vlak van huisvesting gaat een uiteenlopende en ingewikkelde problematiek schuil, vaak het gevolg van een spiraal van preciaire omstandigheden. Een oplossing bieden is dan ook niet gemakkelijk. Het is niet voldoende om voor de mensen op straat bedden ter beschikking te stellen of hen op te vangen in noodcentra waar ze zich 'thuis' kunnen voelen. Het volstaat niet om enkel in te grijpen voor mensen die reeds op straat leven. Al te vaak is de oplossing emotioneel geladen, gemediatiseerd en beperkt ze zich tot het plaatsen van enkele extra bedden. Te vaak beperkt ze zich tot dringende en curatieve oplossingen, alsof het verlies van huisvesting niet te voorzien of onvermijdelijk was. Te vaak is de oplossing te gespecialiseerd of te weinig gericht. Te vaak wordt ze overgelaten aan de sector van het maatschappelijk welzijn die dan botst op de drempels tussen de bestuursniveaus en problemen die ze willen aanpakken.

1.2 De buitengewoon complexe psychiatrische begeleiding

In de constante dialoog die SMES-B (Santé Mentale & Exclusion Sociale – Belgique/GGSU – Geestelijke Gezondheid & Sociale Uitsluiting – België) onderhoudt met de actoren in de hulp- en zorgsector die zich over de kwetsbaarse personen ontfemen, kwam duidelijk het 'geknakt' zijn van de daklozen

233 P. DECLERCK, *Les Naufragés: Avec les Clochards de Paris*, Pocket, 2003.

naar voren. Dat gebroken zijn maakt hulp- en zorgverlening nog moeilijker, want vaak wordt de fysieke of psychiatrische ziekte ontkend, niet alleen omdat daklozen in de eerste plaats bezig zijn met het voldoen van hun primaire levensbehoeften, maar ook wegens de omstandigheden die eigen zijn aan hun psychotische stoornissen. Hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg worden bijgevolg vermeden en geweerd.

Dat is niet alleen het geval bij die erg kwetsbare groep. Het is ook al waarneembaar bij de bevolkingsgroep die moeite heeft de eindjes aan elkaar te knopen, voortdurend op het randje leeft en in het dagelijkse leven moet worstelen.

Dat heeft uiteraard maatschappelijke gevolgen, voornamelijk voor de huisvesting: (blijvende) privé- of sociale huisvesting is niet altijd vanzelfsprekend als de psychiatrische stoornis leidt tot problemen met hygiëne of conflicten met de burens.

Het Diogenessyndroom, dat de laatste jaren een belangrijke rol speelt in de debatten en de tussenkomsten van de sector, is daar een uitstekend voorbeeld van. Dat syndroom uit zich immers in het verzamelen van de meest uiteenlopende voorwerpen, die soms in zulke hoeveelheden naar het appartement worden gebracht dat er amper nog plaats is om te wonen. Het gebeurt wel vaker dat een sociaal werker besluit de persoon in kwestie te helpen bij het triëren van de verzamelde voorwerpen. Het syndroom gaat ook gepaard met een soms extreme verwaarlozing van de lichaamshygiëne en het huishouden, een ontkenning van de situatie en een absoluut gebrek aan schaamte, sociaal isolement, een weigering van hulp om iets aan die toestand te doen, een premorbide persoonlijkheid die eventueel gepaard gaat met achterdocht, sluwheid, afstandelijkheid, de neiging de werkelijkheid te vervormen.

Wat vaker gebeurt, is dat hallucinaties burenconflicten veroorzaken: het ergens opvangen van stemmen of geluiden kan de persoon ertoe aanzetten dat hij zijn burens beschuldigt dat ze te luidruchtig zijn of dat ze tegen hem samenspannen. Die problemen worden vaak radicaal aangepakt, namelijk door de persoon in kwestie uit zijn woning te zetten.

Dat kan voor die persoon dramatische gevolgen hebben, met een reëel risico op armoede. Bovendien is het schering en inslag in sociale woningen. Hoewel maatschappijen voor sociale huisvesting en bepaalde sociale immobiliënegenschappen over bekwame personeelsleden beschikken voor de sociale opvolging van hun huurders, kunnen die toch compleet machteloos staan tegenover die problemen, zeker als ze van psychiatrische aard zijn. Als het

burenconflict compleet uit de hand is gelopen of als het al te lang aansleept om nog een poging tot bemiddeling te ondernemen, is uitzetting de enige mogelijke oplossing, zelfs als ze die zo lang mogelijk proberen uit te stellen. Het probleem is echter dat iemand die kwetsbaar is en al op het randje leeft, door die uitzetting zijn laatste houvast verliest en in nog veel moeilijkere levensomstandigheden terechtkomt.

Hoewel er een oplossing zou kunnen worden gevonden, zoals een tussenkomst vóór de crisissen en de uitzetting, blijkt uit dit voorbeeld dat een probleem snel ingewikkeld kan worden en kan escaleren van een administratieve situatie tot toegang tot hulp en zorg, o.a. psychiatrische begeleiding, sociale huisvesting en nog veel meer.

Dat houdt reële moeilijkheden in voor de hulpverleners, die machteloos moeten toekijken hoe de daklozen verder aftakelen. Er wordt op school niet meer geleerd hoe je met dergelijke situaties moet omgaan, ondanks de bijgewerkte cursussen en het professionalisme van de lesgevers. Het is ook iets wat niet zomaar overdragen kan worden, tenzij tussen mensen die al echt met een dergelijke problematiek geconfronteerd zijn. Ook dat kan men niet op de schoolbanken leren, maar enkel in het veld, door rechtstreeks contact te hebben met deze minderwaardige personen die door de maatschappij worden verstoten...

Deze lijdende mensen lijken de erg slechte gewoonte te hebben dat ze zich tot het uiterste verzetten alvorens ze zich aan een hulpverlener uit de geestelijke gezondheidszorg 'overleveren'. Het is alsof ze schrik hebben de hun vertrouwde omgeving in te ruilen voor het ongewisse, de hun vertrouwde sociale hulp voor de onbekende psychologische bijstand. In die context blijkt de overdracht van de ene sector naar de andere steeds te gebeuren op vraag van een hulpverlener, zelden hebben de personen in kwestie zelf inspraak en nog minder komt het verzoek van henzelf.

En daar wringt precies het schoentje: de problemen komen voort uit het sociaal beleid en het gezondheidsbeleid die elk in hun eigen wereldje leven, in hun eigen sector waar elke speler zijn eigen lapje grond toebedeeld heeft gekregen, zijn eigen zakdoekgrote achtertuin, zijn kleine interventieterritorium. De problemen liggen ook bij het beleid van de overheid, bedacht voor een divers publiek, netjes verdeeld per problematiek: hier de illegalen, daar de verslaafden, een ietsepietsie verderop de daklozen, nog weer andere groepen bij weer andere diensten met weer andere voorzieningen.

Het voordeel, want die zijn er ook, is dat het overheidsbeleid voor die aparte doelgroepen een indrukwekkende en doeltreffende daadkracht kan ontwikkelen. Maar wat dan met de persoon die met meerdere problemen af te rekenen heeft? Wat met de persoon die kwetsbaar is vanuit zowel maatschappelijk als geestelijk oogpunt? In de realiteit blijken de hedendaagse preciaire omstandigheden immers niet enkel verband te houden met de sociaaleconomische situatie: ze zijn ook van mentale, fysieke, sociale, administratieve... aard. Hoe complexer de realiteit, hoe meer polysemische woorden men moet gebruiken. De online-encyclopedie Wikipedia definieert preciaire omstandigheden als: 'een grote onzekerheid om in een nabije toekomst een acceptabele situatie te behouden of opnieuw te verkrijgen' en buigt zich vervolgens over de diverse vormen van het precair-zijn, zoals onzekerheid op beroepsvlak, op sociaal vlak, op het vlak van levensomstandigheden enzovoort.

De complexe moeilijkheden waar kansarmen dagelijks mee te maken krijgen, worden door het algemene beleid vaak niet aangepakt. Het zijn uiterst deskundige, uiterst vernieuwende, zeer diverse en vaak bijzonder kwetsbare verenigingen die de handen uit de mouwen steken en deze personen helpen: de personen die men aantreft op straat en bij de metro-ingangen, maar ook de personen die goed verborgen zijn, die zich onopvallend ophouden in niet-erkende structuren, in onbewoonbare huizen, op campings, in tenten, auto's,...

Het daadkrachtig beleid van de overheid wordt versterkt door de flexibiliteit van duizenden cruciale actoren uit de sociale zorg en de gezondheidszorg die zich bekommeren om personen die niet één, maar een veelheid van problemen hebben.

1.3 Een Terra Incognita, een wereld om te ontdekken: de kruising van praktijken

Enkele actoren uit de sociale sector en uit de geestelijke gezondheidszorg vatten toen het plan op om op regelmatige basis een professionele overlegvergadering te beleggen en samen de randgebieden te verkennen, die onderlaag die bukt van wat hulpverleners bestempelen als 'moeilijke gevallen' en die in dat nochtans drukbevolkte no man's land leven.

Dat randgebied verenigt de actoren die weigeren om mensen die zich nauwelijks in conforme nosografische 'categorieën' laten 'vangen' – behalve misschien die van de beruchte zwarte lijst van 'onbehandelbare' gevallen – in de kou te laten staan of aan hun lot over te laten. Zo krijgen ze misschien een

ander beeld van de 'geestesziekte' en komen ze gemakkelijker in contact met deze schuwe mensen die weinig of 'moeilijk' zorg vragen en zullen ze beter in staat zijn hen te helpen. Als die mensen zich al bereid tonen hun vertrouwen aan een gesprekspartner te schenken, dan richten ze hun vraag, die per definitie dubbelzinnig is, gewoonlijk tot iemand die in eerste instantie niet in de mogelijkheid verkeert daarop een antwoord te geven! Sterker zelfs, ze moeten niks hebben van een doorverwijzing naar een zogenaamde 'specialist': ze willen zich niet laten ontleden om niet in stukjes te breken, in alle betekenissen van het woord, of enig risico te lopen op een pijnlijke intrusie.

De kliniek, die het resultaat is van die ontmoetingen met geesteszieken die aan de rand van de stad wonen, is uniek. Door het delen van ervaringen tussen de sector van de geestelijke gezondheid en die van de sociale hulpverlening zal een gemeenschappelijke ruimte voor nieuwe praktijken ontstaan, de gewoonte 'te denken en te handelen in onderling overleg' in het voordeel van de patiënten, die iets minder verworpen zullen zijn aan weerskanten van de 'psychosociale' grens.

De intensieve en louterende kruising van de geestelijke gezondheid en de sociale hulpverlening is zo fundamenteel dat ze dit 'kruisen van wegen' zullen blijven cultiveren, want bij het kruispunt is het gras altijd groener.

1.4 Een voorbeeld uit de praktijk: SMES-B, een interinstitutioneel en intersectorieel netwerk

SMES-B, bekroond met de Federale Prijs 2010 voor Armoedebestrijding, probeert die intersectoriële praktijk, waarbij sectoren elkaar kruisen en overlappen, algemeen te verbreiden. SMES-B is een open gezondheidsnetwerk dat zich toespitst op twee sectoren die elkaar aanvullen en die niet elkaars tegenstellingen zijn: de geestelijke gezondheidszorg en de sociale hulpverlening. Het is in de eerste plaats een netwerk, een plaats waar uitwisselingen plaatsvinden: informatie, communicatie, overdracht van informatie en publicaties via de internetsite www.smes.be. Een netwerk waar ideeën ontstaan tijdens ontmoetingen, workshops, debatten en argumenten. Een netwerk met horizontale, asymmetrische en soms wisselende samenwerkingsverbanden: sociale huisvesting, geestelijke gezondheidsdiensten, opvanghuizen, straathoekwerkers en wellicht vergeten we er nog enkele. SMES-B is een netwerk opgebouwd rond drie 'pijlers', waar diverse schakels vertrekken en aankomen, elkaar kruisen en samenkomen, schakels die soms maar heel subtiel zijn, maar die we steeds sterker willen maken.

In de eerste plaats is er een klinische pijler, met de medisch-psychologische ondersteuningscel, het kruispunt tussen geestelijke gezondheid en sociale uitsluiting. Het probleem is immers dat de gebruikers die wij voor ogen hebben met al hun vragen en problemen op de proppen komen op de plaats waar ze zich bevinden en niet daar waar de stad en de deskundigen graag zouden hebben dat ze dat doen. Hoewel er bepaalde voorzieningen ontwikkeld zijn om hulpverleners de kans te geven naar hen toe te gaan om contact te leggen, een band of een werkrelatie op te bouwen, vond SMES-B het toch evident dat toegang tot zorg voor de meeste kwetsbaren toch een zekere psychische en fysieke mobiliteit vereiste tussen de werkgebieden van de interveniënten, gekoppeld aan de onderlinge relatiecomponent. De mobile ondersteuningscel, is voorstander van een ontmoeting met hulpverleners op de plaats van hun werk en met gebruikers in hun leefomgeving.

De ondersteuningscel is echter geen hulppost of 'veldhospitaal' ontstaan uit de gezondheidssector, dat hulp biedt na een oproep van de sociale sector voor een gebruiker 'in nood'. Het is integendeel een voorziening, voor en in contact met de gebruiker, die het plaatselijke en huidige aanbod aanvult: het *hic et nunc* voor welzijn en geestelijke gezondheid voor elke gebruiker, gedurende elke periode van zijn leven en tijdens elke interventie. De ondersteuningscel zet, samen met alle betrokken professionals en ditmaal ook met de gebruiker, een scenario op voor geloofwaardige hulp en zorg voor alle partijen. Ze helpt om tussen alle betrokken instanties een band te scheppen en die op lange termijn in stand te houden. Ze helpt om een netwerk op maat uit te bouwen dat het moment van de crisis ver overstijgt en dat op lange termijn helpt om eenieder opnieuw een veilig toekomstperspectief te geven.

De ondersteuningscel is een tweedelijnsvoorziening die fungeert als het verbindings- en steunpunt voor de medewerkers, waarbij hun middelen en hun bekwaamheden worden ingezet en naar waarde geschat. De gebruiker wordt aldus ondersteund door professionals die een 'spreekbuis/bron van vertrouwen' zijn. Dankzij die manier van tegemoet treden, kunnen de eerstelijnsbuis/hulpverleners, verbonden aan en gesteund door het mobiele atelier, experimenteren met praktijken die ze voorheen nauwelijks hadden kunnen opzetten (wegens te ver of te weinig tijd). Ze staan niet langer alleen met hun vragen en bekommernissen en werken niet langer zonder vangnet. Eindelijk kunnen ze proberen samen op lange termijn te werken, in de wetenschap dat die termijn abrupt kan worden onderbroken of beëindigd door het onstabiele bestaan van de gebruiker waar ze zich voor inzetten.

Tot slot pleit de cel voor meer aandacht voor het geestelijke welzijn. Het doel is het vergroten van de terreinkennis van de sociaal werkers en het stimule-

ren van de instellingen om problemen van psychische of psychiatrische aard makkelijker te aanvaarden. Om dat doel te bereiken, organiseert de ondersteuningscel opleidingen over thema's die verband houden met het werk van de hulpverleners. De opleidingssessies zijn opgezet als spreekruimtes waar sociaal werkers de verworven theorie kunnen toetsen aan wat er zich werkelijk op het terrein afspeelt. De opleiding biedt ook de kans om de filosofie van intersectoriële samenwerking en netwerkpraktijken te verspreiden.

De opleidingen sluiten aan bij de klinische interviews, m.a.w. de overlegmomenten tussen twee teams: die van de vragende instelling en die van de werkers van de ondersteuningscel. Typisch voor die interviews is dat ze de diverse terreindeskundigen rond een welbepaalde situatie samenbrengen. Elk team deelt zijn kennis en zijn ervaringen over zijn eigen, geprivilegieerde actiedomein. Die overlegmomenten zijn een meerwaarde voor de terreinkennis van beide partijen en bieden een opening naar andere soorten acties en middelen.

Samengevat is het streefdoel van de klinische pijler 'ondersteuningscel':

- de institutionele en (inter)sectoriële impasses wat betreft hulp- en zorgvoorzieningen aan de kaak stellen;
- een nieuwe praktijk over de sectoren heen ontwikkelen en verspreiden waarin hulpverleners prat zich kunnen wentelen het adjectief 'mobiel': ze gaan er in werken, hun model neerzetten, op het terrein van anderen;
- creatieve ruimtes opzetten waar de diverse sectoren en de gebruiker elkaar kunnen ontmoeten en waar passende oplossingen worden gezocht om de praktijken in vraag te stellen of de betrokkenen te overhalen zich op de gebruiker te richten en niet omgekeerd;
- vermijden dat dit gemarginaliseerde publiek versnipperd wordt in evenveel hulpverleningsinstanties, door netwerken 'op maat' op te zetten voor een globale en coherente aanpak van de personen, ongeacht hun specifieke problematiek;
- samenwerking nastreven door het netwerk van zorg en hulp dat rond de persoon bestaat te mobiliseren, zonder het te willen vervangen;
- verhinderen dat er crisis- en uitsluitingssituaties ontstaan, ondanks de extreme sociale drift en de discontinuïteit die eruit voortvloeit en, in voorkomend geval, als 'tussenpersoon' instaan voor de zorgbegeleiding, terwijl er een aangepast netwerk wordt (her)opgebouwd;
- de toegang tot hulp, zorg, behandeling en huisvesting vergemakkelijken, met andere woorden de fundamentele rechten van de patient waarborgen waarvan ze grotendeels uitgesloten zijn.

Die eerste pijler, het klinische aspect in dit geval, is het vertrek- en aankomstpunt van netvormige schakels, connecties die voornamelijk in fasen ontstaan en waarbij enige afstand kan worden genomen van de kliniek: die van de interviews. Intervisie is een klassieke praktijk in zowel de sociale sector als de geestelijke gezondheidszorg, maar wordt minder gebruikt op het kruispunt van beide sectoren. Elke maand komen enkele tientallen deskundigen uit de twee sectoren samen in intervisiegroepen en wordt er samen nagedacht over hoe te werken met deze rondtrekkende gebruikers. Dat overleg zorgt ervoor dat de hulpverlener zich niet meer alleen voelt of moet nadenken over iets wat buiten zijn competentie ligt, en het bevordert vernieuwingen.

Tijdens het uitwisselen van handige kneepjes worden banden gesmeed die op een bepaald moment de basis zullen zijn voor een gezamenlijke interventie of aanpak. De vragen worden aan iedereen gesteld, als een spiegel: hoe kan men ingrijpen zonder de frêle band te breken die zo moeizaam werd opgebouwd? Hoe kan men een weerspannige gebruiker de status van partner geven bij een gezondheidsproject? Hoe dient men zorg toe in opvangcentra en/of hoe vangt men kwetsbare mensen op in verzorgingscentra? De overleggroepen, een permanente werkruimte die uitnodigt tot opbouwende gesprekken, vertegenwoordigingen en gemeenschappelijke waarden in verband met de gezamenlijke problematiek, leggen de noodzaken op voor intersectorialiteit.

Die noodzaak is ook bijzonder belangrijk bij de derde pijler van SMES-B: de uitwisselingen, waarbij de hulpverleners zich beraden over, bewust worden van en zich mobiliseren voor de belangrijke problematische tendensen. De ondersteuningscel is de plaats van de interventie over de sectoren heen; de intervisie is de ideeënpool waaruit vernieuwende klinische praktijken ontstaan; de uitwisseling is de plaats waar nagedacht wordt over fenomenen die het klinische aspect overstijgen maar die, afhankelijk van de persoon, zijn levensloop en het moment van de interventie zelf, er enigszins een invloed op hebben.

Die rondetafelgesprekken leiden vaak tot diepgaande discussies, niet alleen over het klinische aspect, waarbij de professionelen zich een opinie moeten vormen. Er komen tal van onderwerpen aan bod en jaarlijks wordt er naast het bestuderen van de functionaliteit en de beperkingen van de gedwongen ambulante zorg ook aandacht besteed aan de dilemma's die voortvloeien uit de niet-officieel erkende huisvestingsstructuren.

De niet-officieel erkende huisvestingsstructuren hebben we in 2009 besproken. Vooral in Brussel, waar de plaatsen in de erkende opvangcentra absoluut ontoereikend zijn, verschijnen steeds meer niet-erkende opvangplaatsen die hetzelfde

publiek opvangen dat erg kwetsbaar is en dat psychiatrische stoornissen vertoont. De sector is daar niet onverschillig voor, maar staat voor een dilemma: hoewel die structuren enerzijds geen interventie binnen een wettelijk en degelijk deontologisch kader mogelijk maken, en sommigen zelfs melding maken van inbreuken tegen de wetgeving op de hygiëne of de contracten met de huurders, voldoen ze anderzijds toch goedschiks kwaadschiks aan een elementaire behoefte van het publiek in kwestie, in dit geval dus huisvesting. Uit deze rondetafelgesprekken ontstond een werkgroep die op dat gebied wetsvoorstellen zal uitwerken.

De rondetafel van 2010 boog zich over de coïncidentie van het dakloos zijn met mentale gezondheidsproblemen. In 2012 en 2013 onderzocht SMES-B de modaliteiten en moeilijkheden die eigen zijn aan intersectorialiteit. Die fenomenen en problematische tendensen doen grote vragen rijzen. Grote vragen leiden tot grote debatten waarop alle spelers uit de sociale hulpverlening en de mentale zorgsector zijn uitgenodigd. Een rondetafel is dus voornamelijk gebaseerd op de ervaringen uit de interventiepraktijken van de mobiele ondersteuningscel van SMES en de intervisiegroepen. Het is de bedoeling de problemen vanuit een bredere invalshoek aan te pakken. De rondetafel is dus de laatste pijler van ons netwerk, het verst verwijderd van de praktijk maar er daarom niet minder mee verbonden.

Tot slot is er de extrapolatie. Want een evoluerend netwerk, dat doorstroming bevordert in de veranderlijke overlappende sector van de sociale hulpverlening en de geestelijke gezondheidszorg moet permanent extrapoleren. Vanuit methodologisch standpunt moeten vernieuwende praktijken gesteund en uitgebreid worden; vanuit territoriaal standpunt moeten ook andere 'zones' dan enkel die van de daklozen onderzocht worden; wat het publiek betreft, hebben bepaalde bevolkingsgroepen nood aan specifieke interventies, voor een deel tenminste.

Zo brengt de ondersteuningscel bijvoorbeeld de outreach-methodologie al in de praktijk bij de dagelijkse werking. Die bestaat erin naar de persoon toe te gaan, waarbij er zorg voor gedragen wordt dat de banden die de persoon met instellingen heeft min of meer intact blijven. We proberen die methode te blijven hanteren via projecten die specifiek gericht zijn op de voorafgaande interventie en preventie, vóór de persoon in een crisis belandt en de hulpverlener hopeloos verward raakt in een interventie die uitzichtloos is. We proberen momenteel dat werk structureel te maken en het voor onbepaalde duur te financieren om de ondersteuningscel uit haar kwetsbare situatie te halen waarin ze zich nu ruim tien jaar bevindt.

Vanuit territoriaal oogpunt richt SMES-B zich nu op de realiteit van de sociale huisvesting, in een partnership met SASLS (Service d'Accompagnement Social des Locataires Sociaux). Wanneer men immers denkt aan sociale uitsluiting, niet alleen als toestand maar als een dynamisch proces, kan men niet anders dan vaststellen dat de armste en kwetsbaarste personen die in een sociale woning verblijven bij de minste tegenspoed zich plots in een toestand van sociale uitsluiting kunnen bevinden. Tegelijk moet men dan erkennen dat geestelijke gezondheidsproblemen dergelijke tegenspoed nog brutaler en ingrijpender maken.

Het partnership met SASLS heeft er meer bepaald toe geleid dat een persoon van die dienst naar de ondersteuningscel werd afgevaardigd; ook hier dus weer een uitwisseling van ervaringen en informatie, in dit geval tussen SMES-B en de sociale huisvesting.

Momenteel is SMES-B druk bezig een Housing First-project op te zetten in Brussel. SMES-B ligt ook aan de basis van een federaal Housing First Belgium-project, waarbij daklozen en personen met psychiatrische problemen en verslavingen op een alternatieve manier rechtstreeks van de straat naar een privéwoning worden begeleid. Opnieuw zijn het personen bij wie een opeenstapeling van problemen de zaken ernstig bemoeilijkt... Door het intersectorieel werken en de innovatie die aan de basis liggen, kunnen pertinente antwoorden worden gevonden op de complexe en per definitie opeengestapelde preciaire omstandigheden van vandaag.

1.5 Het project 'Psy 107 – Santé Précarité', een verkeken kans?

Hoe moeten we de meest preciaire bevolkingsgroepen toegang verlenen tot geestelijke gezondheidszorg? Hiervoor duiken we nog even in de geschiedenis van de hervorming in de geestelijke gezondheidszorg en bespreken de mischien gemiste kans van de nieuwe interpretatie van zorgverlening aan de allerarmsten ter gelegenheid van de Belgische hervorming: 'Psy 107'.

Psy 107 moet men plaatsen binnen de ruimere 'antipsychiatrische' beweging die in de jaren 1960 in Italië en Groot-Brittannië ontstond. De Italiaanse pionier Franco Basaglia was een fervent voorstander van de sluiting van de asielen en het verlenen van ambulante zorg. Hij zorgde voor een complete omwenteling in de zorgverlening in de inrichting van Gorizia door de bedwingingsmaatregelen te bannen en een institutionele therapie te ontwikkelen die hij in de therapeutische gemeenschap van Maxwell Jones had kunnen observeren. Het basisprincipe van de zorgverlening was daarmee bepaald en

zou bij de volgende hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg in de westerse wereld toegepast worden.

Het aantal psychiaters en verplegers dat in Europa in de geestelijke gezondheidszorg werkt, is veel groter dan in de rest van de wereld, met inbegrip van Noord-Amerika. Dat is nog meer het geval voor Frankrijk en België, die het hoogste aantal psychiaters, bedden en opnames per inwoner van Europa tellen. Het deel van het gezondheidszorgbudget dat specifiek naar geestelijke gezondheidszorg gaat, behoort ook tot de hoogste, waardoor zowel Frankrijk als België af te rekenen heeft met relatief grote financiële problemen.

Tijdens de conferentie van 2005 in Helsinki formuleerde de Wereldgezondheidsorganisatie de volgende aanbevelingen over de zorgverlening in Europa:

- buurtcentra oprichten om personen met geestelijke gezondheidsproblemen binnen de gemeenschap te behandelen en te verzorgen;
- gespecialiseerde teams samenstellen voor de behandeling van gevoelige groepen in hun omgeving. Die diensten moeten dag en nacht open zijn, zeven dagen per week, en moeten door een mobiel, multidisciplinair team worden geleverd;
- zorg aan huis aanbieden;
- dringende zorg aanbieden door mobiele urgentieteam of teams verbonden aan een ziekenhuis;
- promotie, preventie en informatie over de geestelijke gezondheidsproblematiek en het zorgaanbod;
- relaties opbouwen tussen de primaire gezondheidszorg en de diensten binnen de algemene ziekenhuizen;
- onderzoek en opleiding in de communautaire geestelijke gezondheidszorg;
- intersectoriële contacten: gezondheid, sociale bescherming, werkgelegenheid, huisvesting, justitie, onderwijs, vrije tijd,...

Uit het ziekenhuisgerichte model van de twintigste eeuw, aangevuld met de ambulante sectoren, de eerstelijnszorg en de psychiatrische verplegers, ontstaat een veel complexer en versnipperd, meerkernig model, waar voor de coördinatie van de zorg het team van de geestelijke gezondheidszorg een beslissende rol speelt. Het team bevindt zich op het kruispunt van de zorgverlening, tussen meer bepaald thuisbehandeling, acute ziekenhuisopname, resocialisatie, residentiële hulpverlening, zelfhulp enzovoort.

In Frankrijk zijn de hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg voortaan in handen van de sectoren: elke sector heeft een groot en divers zorgaanbod binnen de gemeenschap teneinde de zieke zo weinig mogelijk te scheiden van zijn familie en zijn leefomgeving, hem in een vroeg stadium te behandelen en nazorg te verzekeren, waardoor veelvuldige ziekenhuisopnames vermeden kunnen worden. De ziekenhuisopname mag niet langer duren dan noodzakelijk is en moet zo snel mogelijk vervangen worden door verzorging buiten de muren van het ziekenhuis, waarbij hetzelfde team instaat voor de verzorging binnen en buiten het ziekenhuis.

Concreet betekent dat dat er samengewerkt moet worden en dat de dienstverlening georganiseerd moet worden in overleg met de huisartsen, de families en de verwanten en de gebruikers. Ruimer gezien vereist dat zelfs een grote inspanning voor de integratie van alle psychiatrische diensten binnen de gemeenschap, en meer specifiek van de zieke zelf die als een volwaardige burger moet worden erkend. Het sensibiliseren van de plaatselijke verkozenen, naast de bewoners en de professionele zorgverleners, is een fundamenteel element in het sectorale zorgbeleid. Aangepaste buurtzorg, binnen de gemeenschap en over de sectoren heen, in combinatie met plaatselijke informatie- en preventieacties, heeft een rechtstreekse uitwerking op de risicofactoren die aan stigmatisering zijn verbonden. Ze draagt bij aan de toegang tot en de continuïteit van de zorg en vermindert het risico dat de gebruikers gestigmatiseerd en uitgesloten worden of zich in zichzelf terugtrekken.

Ook België heeft resoluut gekozen voor het 'de-institutionaliseren' van de geestelijke gezondheidszorg, door de hervorming van het zogenaamde 'artikel 107'. Die hervorming was nodig omdat men van oordeel is dat er te vaak een beroep wordt gedaan op een gedwongen ziekenhuisopname. In elk geval moet objectief worden erkend dat het aantal psychiatrische ziekenhuisopnames per inwoner hoger ligt dan in de meeste andere westerse landen. Deze hervorming is dus zeker zinvol, zelfs al komt ze wat laat.

Concreet betekent de hervorming dat het aantal ziekenhuisbedden voor chronische patiënten wordt bevroren: het geld dat niet aan die bedden wordt besteed, wordt geïnvesteerd in mobiele teams, die ambulante zorg aan huis verstrekken.

In 2010 werd een oproep gedaan om voorstellen in te dienen. Tien ervan werden aanvaard om de hervorming in diverse Belgische regio's in te voeren. Elk 'Psy 107'-project moest aan de volgende vijf functies beantwoorden:

- activiteiten inzake preventie, promotie van de geestelijke gezondheidszorg, vroegdetectie, screening en diagnosestelling;
- ambulante teams voor een intensieve behandeling van zowel acute als chronische psychische problemen;
- revalidatieteams die aan herstel en sociale inclusie werken;
- intensieve units voor een residentiële behandeling van zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een ziekenhuisopname noodzakelijk is;
- specifieke woonvormen waarin zorg kan worden geboden ingeval het thuismilieu of het thuisvervangend milieu daartoe niet in staat is.

Met de hervorming ‘Psy 107’ wil men het zorgaanbod voor geestelijke gezondheidszorg beter afstemmen op de behoeften van mensen met psychische stoornissen door de hulpverlening te verschuiven naar de plaats waar die personen wonen, in hun specifieke omgeving. In functie van de betrokken actoren wil men die hulp diversifiëren en aanpassen aan de noden van die bevolkingsgroep door een netwerk van medewerkers op te richten, een optimale flexibiliteit van die medewerkers te vragen, bepaalde procedures te intensifiëren en vernieuwende voorzieningen in te voeren.

De partners van het netwerkproject ‘Psy 107 Santé – Précarité’ zagen in deze hervorming een echte buitenkans om een oplossing te vinden voor de problemen die ze sinds lange tijd ondervonden bij de organisatie van zorgtrajecten voor mensen in de meest kwetsbare en meest precaire omstandigheden – problemen die ze proberen op te lossen ondanks een gebrek aan middelen. De meesten kennen elkaar en behalve de kwaliteit van hun respectieve werk kennen ze ook elkaars beperkingen. Deze hervorming gaf hen hoop de kwaliteit te verbeteren van de zorg en hulp die ze verstrekken aan een publiek dat het moeilijk heeft om een antwoord te vinden op hun vraag.

De partners hebben ervoor gekozen hun aandacht te richten op deze extreem kwetsbare en onstabiele bevolkingsgroep voor wie een netwerk op de plaatsen waar ze wonen of hulp krijgen, van vitaal belang is.

In verband met de geestelijke gezondheidszorg herhalen we dat de Brusselse ziekenhuissector wat betreft normen voor programmering en opname van een patiënt, zeker in acute situaties, een echt hindernissenparcours is, zelfs voor psychiatrische spoeddiensten. Wachtlijsten zijn de regel voor opnames in de psychiatrie en soms zelfs voor een eerste afspraak bij een dienst voor geestelijke gezondheid. Tot slot leert de ervaring dat zelfs als de patiënten, die in een steeds vicieuzer wordende cirkel problemen van sociale uitsluiting en chronische somatische aandoeningen opeenstapelen, bereid zijn zich tijdens regelmatige consultaties op afspraak te laten behandelen, ze dat op langere

termijn zeer moeilijk kunnen volhouden, zowel in de sector van de geestelijke gezondheid als bij algemene en specialistische geneeskunde. De wachttijd voor een plaats in een beschermde woonvorm of een psychiatrisch verzorgingstehuis bedraagt nooit minder dan een jaar.

Het zal dan ook niemand verbazen dat tal van deze patiënten in Brussel zich vandaag in een leefomgeving bevinden die op het eerste gezicht niet aan hun toestand is aangepast: opname om sociale redenen, opvangtehuizen die wel of niet erkend zijn, bejaarden- en verzorgingstehuizen of zelfs gewoon op straat. Omdat ze geen toegang hebben tot gespecialiseerde zorg, ontwikkelen ze symptomen die eerstelijnszorgverleners en huisartsen niet kunnen behandelen, waardoor ze herhaaldelijk op de spoedhulp belanden.

Deze dubbele of drievoudige psycho-medisch-sociale diagnostiek houdt zichzelf in stand en is moeilijk uit de weg te ruimen zonder een proactieve, georganiseerde en transversale interventie van talrijke actoren uit de nevensectoren: geestelijke gezondheid, toxicomanie, algemene en specialistische geneeskunde, welzijn, ziekenhuis en ambulante zorg.

Het zijn diezelfde actoren die zich hebben verenigd voor het project 'Psy 107 Santé – Précarité' rond een gemeenschappelijke vaststelling, namelijk dat de toegang tot geestelijke gezondheidszorg (ambulant, acuut, op lange termijn, voor opnames) erg problematisch is geworden voor patiënten die maatschappelijk kwetsbaarheid en/of chronische somatische problemen opeenstapelen.

Die problemen komen zowel voort uit de bijzondere eigenschappen van de personen in kwestie en hun complexe en chronische aandoeningen, als uit hun levensomstandigheden, hun sociale uitsluiting, hun niet gedekt zijn door de verzekering en ook soms uit obstakels van institutionele aard. Door het samenvallen van hindernissen van maatschappelijke aard met psychische barrières en institutionele belemmeringen werd project 'Psy 107 Santé – Précarité' het product van een denktank, bestaande uit actoren die het gewend waren met deze complexe patiënten om te gaan en die zonder vooringenomen te zijn nadenkten over het disfunctioneren van het hulp- en zorgsysteem en innovatieve oplossingen probeerden te bedenken als antwoord op die gebreken en hiaten.

Jammer genoeg was de overheid niet overtuigd van het project 'Psy 107 Santé – Précarité'. De reden daarvoor was dat het project zich volgens de overheid te veel focuste op de groep sociaal en mentaal kwetsbare mensen, waarmee het afweek van zijn doel, namelijk dat het voor de gehele bevolking geschikt moest zijn. De partners kregen de gelegenheid hun project te herzien, maar

ze gaven er de voorkeur aan bij hun uitgangspunt te blijven, omdat in dit geval rijke mensen en mensen uit de middenklasse steeds van elke algemene beschikking kunnen profiteren, ten koste van de meest kwetsbare groepen.

Concreet lijkt het cruciaal dat de geestelijke gezondheidszorg losgekoppeld wordt van de ziekenhuizen, maar is het even noodzakelijk om aan de kwetsbaarste bevolkingsgroepen te denken. Telkens als er een nieuwe voorziening wordt gecreëerd, zijn zij het die in de kou blijven staan, achteruitgestoken worden en op hun honger blijven zitten. Voor de toegang tot sociale hulp en gezondheidszorg lijkt positieve discriminatie de *conditio sine qua non* opdat iedereen gelijke toegang zou hebben. Helaas hebben de partners die uitdaging voor de hervorming van de geestelijke gezondheid in België niet voldoende aan de verantwoordelijken kunnen verkopen.

1.6 **Housing First, een nieuwe kans...**

Gelukkig zijn er nog andere mogelijkheden om netwerken van sociale en gezondheidsvoorzieningen op te zetten voor mensen in een zeer precare situatie. Hoewel we sterk betreuren dat de gezondheidssector de uitdaging van de positieve discriminatie op het vlak van geestelijke gezondheid niet heeft ingezien, kunnen we ons toch troosten met andere bestaande opportuniteiten.

De voornaamste buitenkans is ongetwijfeld Housing First. De aanpak van Housing First is een onmiddellijke verwijdering van de straat naar een permanent verblijf, zonder via het vakje 'heraanpassing' te moeten gaan. Huisvesting wordt hier beschouwd als een fundamenteel recht voor iedereen en als een eerste vereiste voor de vroegere dakloze om zijn leven weer op het goede spoor te krijgen. Een dak boven het hoofd biedt stabiliteit en de zekerheid die nodig is voor een efficiëntere werking van de diensten die met de persoon werken. Dit model beperkt zich echter niet tot enkel het verstrekken van huisvesting. Het biedt ook begeleiding op maat van elke persoon. Daklozen worden beschouwd als mensen die zelfstandig in een eigen huis kunnen leven, indien ze op de juiste wijze worden begeleid.

Uiteraard ijvert Housing First voor netwerken met diverse partners, waarbij elke partner een antwoord kan bieden op een deel van de problematiek waarmee deze mensen, die tal van vormen van kwetsbaarheid opeenstapelen, moeten afrekenen. Het is daar dat Housing First eventueel een stukje kan toepassen van onze filosofie voor hulp en zorg die we niet hebben kunnen doordrukken in het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheid.

SMES-B ligt inderdaad aan de basis van het project Housing First Belgium en zijn Brusselse tegenhanger, Housing First Brussels. Het tweejarig proefproject Housing First Belgium omvat zowel vernieuwende projecten als projecten die door Housing First in diverse steden van het land werden ingevoerd en die reeds goed lopen. In het kader van Housing First Brussels, dat specifiek gericht is op daklozen met psychiatrische stoornissen en verslavingen, krijgt een sterk partnership stilaan vorm, over de grenzen van de sectoren heen, op basis van ervaringen afkomstig van straathoekwerk, daklozenopvang, openbare centra voor maatschappelijk welzijn, geestelijke gezondheidszorg, toxicomanie, sociale huisvesting, ziekenhuizen, en er zullen er ongetwijfeld nog meer volgen en toetreden.

De kans is dus groot om een interinstitutionele en intersectoriële voorziening te creëren die zo goed mogelijk beantwoordt aan de noden van een bevolkingsgroep die niet alleen dakloos is, maar ook vaak af te rekenen heeft met psychiatrische stoornissen, verslavingen, somatische problemen enzovoort.

2. Besluit

In België mogen we blij zijn dat de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg zo democratisch is. Het probleem is echter dat er voor de meest preciaire bevolkingsgroep toch een drempel blijft bestaan voor een, voor iedereen toegankelijke algemene hulpverlening. Hoewel de toegang tot de dienst voor geestelijke gezondheidszorg voor de meesten van ons dus gemakkelijk is, blijkt die heel wat moeilijker voor wie grote problemen opeenstapelt.

De toegang tot de geestelijke gezondheidszorg is dus niet enkel een zaak van prestaties en forfaits, en administratief in orde zijn. Er bestaan ook drempels, waarvan we ons vaak niet bewust zijn, maar die daarom niet minder makkelijk te overwinnen zijn. Ondanks de openstelling van de diensten blijven sommigen in de kou staan. Het is aan de zorgverleners om hun kantoor en hun instelling te verlaten, en zelfs buiten hun decreten te gaan, om persoonlijk de meest achtergestelde groep en de hulpverleners die hen reeds bijstaan, tegemoet te treden.

Preciaire omstandigheden breiden zich uit en worden steeds ingewikkelder, men zinkt steeds dieper weg en de reële kloof tussen de hulp- en zorgvoorzieningen en de meest preciaire bevolkingsgroep springt in het oog. Een antwoord daarop, gecentraliseerd evenwel, moet bestaan uit echte positieve discriminatie, waarbij radicale en menselijke, pragmatische en ideologische accenten worden gelegd en afwijkingen toegestaan.

Die positieve discriminatie moet zich vertalen in een 'outreach': de instelling durven verlaten om zelf naar de kwetsbare persoon toe te gaan en niet te wachten tot hij u opzoekt. Een hernieuwde kennismaking.

Het programma kan destabiliserend en vaag lijken, maar in de ogen van SMES-B en de actoren die nauw betrokken zijn bij die kwetsbare groep is het nochtans het meest pragmatische ooit...

Klinisch vignet voor een beter begrip van de methodologie van de ondersteuningscel: Albert

In juni doet een straathoekwerker van een Brusselse dienst een beroep op de cel voor een ontmoeting met de 53-jarige Albert, die sinds 6 jaar op straat leeft. De tussenkomst wordt gevraagd omdat de straathoekwerkers zich erg ongerust maken over de bijzonder preciaire gezondheidstoestand van de man. Hij is heel vaak dronken en vertoont geheugenstoornissen, in die mate dat hij de straathoekwerkers, die hij nochtans vaak ziet, niet meer herkent. Met deze tussenkomst hopen ze Albert een dak boven het hoofd te bezorgen voor de winter begint.

Er wordt overeengekomen om Albert samen te ontmoeten en samen met hem te zoeken naar integratie in een passende structuur. Onze psycholoog spreekt af met een straathoekwerker om de ontmoeting in juli te laten plaatsvinden. We weten waar we hem kunnen vinden, in het centrum van de stad. Tijdens de ontmoeting vernemen we dat hij soms in een nachtopvangcentrum slaapt, maar enkel op verzoek van het personeel van dat centrum en nooit op eigen initiatief.

Enige tijd later wordt Albert via de spoeddienst van een ziekenhuis in een geriatrie-unit geplaatst waar we hem opnieuw spreken, opnieuw in het gezelschap van een straathoekwerker. De reden voor zijn ziekenhuisopname is, behalve zijn alcoholisme, zijn nood aan medische verzorging, in het bijzonder de behandeling van zijn huidziekte, naast een reeks aanvullende onderzoeken waaruit blijkt dat hij meerdere malen het slachtoffer is geweest van slagen en verwondingen.

Tijdens dat gesprek lijkt hij verloren, zijn tijdsbesef is verdraaid en hij vertrouwt ons toe dat hij de dienst waar hij zich bevindt wil verlaten en dat zo snel mogelijk. We nemen contact op met de sociaal assistente van de geriatrie-unit, zorgen er samen met haar voor dat hij in orde is met de mutualiteit en bekijken zijn globale sociale situatie. De behandelende arts van deze dienst en onze arts-psychiater bevestigen de fragiele gezondheidstoestand van Albert. Een terugkeer naar de straat zou hem ongetwijfeld fataal worden. Men stelt hem voor een ontwenningsskuur te volgen, maar dat voorstel wordt afgevoerd omdat hij de unit zo snel mogelijk wil verlaten. Dan wordt overwogen hem onder observatie te stellen, maar door een administratieve fout kan die maatregel niet worden doorgevoerd. Een tweede poging wordt niet meer overwogen, omdat de algemene gezondheidstoestand van de patiënt intussen is verbeterd.

Het team van de unit deelt ons mee dat het niet in staat is de patiënt nog langer tegen zijn wil vast te houden en dat hem alle noodzakelijke medische zorg werd verstrekt. Toch toont het zich bereid hem opnieuw op te nemen als dat nodig zou blijken.

De ondersteuningscel en de sociaal assistente van de unit nemen vervolgens contact op met een rusthuis. We stellen Albert voor er een kijkje te nemen en ons na het bezoek zijn antwoord te geven. Daarnaast organiseren we een onderhoud met de verantwoordelijke van de betrokken instelling, de sociaal assistente van de geriatrische unit, de patiënt en wijzelf. Al meteen uit Albert zijn weerstand tegen het opgesloten zijn. Daarom onderhandelen we opnieuw over een later onderhoud met de verantwoordelijke, waarbij ook de straathoekwerkers zich aansluiten. Uiteindelijk schikt hij zich erin het een tijdje te proberen. Omdat het vrij komen en gaan bij hem zo gevoelig ligt, hebben we verkregen dat hij het rusthuis effectief kan verlaten als hij dat wil, evenwel binnen de beperkingen van het geldende reglement van de instelling.

Enige tijd later wordt Albert aan de deur gezet wegens zijn agressieve gedrag. Na een kort verblijf op straat wordt hij opnieuw opgenomen in de geriatrische unit waar hij voorheen ook al gehospitaliseerd was, maar waar de sociaal assistente hem strengere regels oplegt dan tijdens zijn vorige verblijf (hij moet de uurregeling naleven, zijn drankgebruik in de hand houden enzovoort).

Een tijdlang heeft onze dienst geen rechtstreeks contact meer met hem. Maar de straathoekwerkers blijven contact houden met hem.

In juni van het volgende jaar zal de patiënt dringend verzocht worden de unit te verlaten, omdat hij de huisregels niet respecteert. En dus keert hij naar de straat terug. In oktober doen de straathoekwerkers opnieuw een beroep op de ondersteuningscel, want de winter is in aantocht en zijn gezondheid, die na zijn opname was verbeterd, gaat sterk achteruit.

Wanneer we hem ontmoeten, herkent hij ons niet, noch de straathoekwerkers. Hij lijkt apathisch, in die mate dat hij niet meer in staat lijkt te stappen. Onze psycholoog beslist opnieuw contact op te nemen met de geriatrische unit. Die weigert hem opnieuw op te nemen en raadt aan een gepastere plek te zoeken, waar het reglement minder streng is. De arts-psychiater van onze dienst onderneemt een tweede poging bij de arts van de unit. Hij krijgt het voor elkaar dat Albert naar de unit mag terugkeren, op voorwaarde dat hij wordt doorverwezen door de spoedeisende dienst van een algemeen ziekenhuis. We delen deze informatie mee aan de straathoekwerkers en zien ons dan gedwongen te wachten tot de patiënt in een zo slechte toestand is dat er naar de spoedhulp moet worden gebeld.

Tijdens een vergadering in de winter tussen de ondersteuningscel en de straathoekwerkers blijkt dat er een privéstructuur is gevonden die beter past bij de persoonlijkheid en de problematiek van Albert. Die aanvaardt zonder al te veel problemen om zich daar aan te passen, maar door zijn grote problemen met geheugenverlies herinnert hij zich vaak niet waar hij verblijft en keert hij na een wandeling niet naar het verblijf terug.

De straathoekwerkers vinden hem herhaaldelijk op straat terug en proberen hem terug te brengen naar zijn logies. Samen met de straathoekwerkers wordt er beslist dat we de taak om hem terug te vinden en naar zijn logies terug te brengen, zullen verdelen. We hopen dat hij bij het zien van onze vastberadenheid zich uiteindelijk zal gaan hechten aan die structuur en het adres zal kunnen onthouden. Bovendien verzekert de cel de opvangstructuur ervan dat deze patiënt zowel op psychologisch als op medisch vlak wordt opgevolgd. We nemen eveneens contact op met zijn goederenbeheerder om er zeker van te zijn dat zijn logies regelmatig betaald wordt.

In december blijkt dat hij de plek waar hij opgevangen wordt, weer verlaten heeft. De verantwoordelijke geeft ons te kennen dat het team problemen heeft om met Albert te werken. Zijn herhaalde afwezigheden van enkele dagen, zijn alcoholisme en zijn problemen met samenwonen zijn er de oorzaak van dat het pension waar de patiënt woont, om psychiatrische opvolging vraagt vooraleer hem opnieuw bij hen toe te laten.

De straathoekwerkers en de ondersteuningscel nemen dan contact op met de werkers van het pension om hun respectieve follow-up te herdefiniëren. Wat ons betreft, willen we blijk van meer doorzettingsvermogen alvorens te overwegen Albert opnieuw uit deze structuur te zetten. Het pension stemt ermee in hem opnieuw op te nemen en, gedurende twee maanden, verblijft de patiënt er op regelmatige basis en zijn gezondheidstoestand gaat er merkbaar op vooruit.

De arts-psychiater van onze dienst ontmoet hem tijdens die periode en slaagt erin anamnestiche informatie te verkrijgen die nog niet bekend was. Hij schrijft hem vitamine B voor.

Begin april vernemen we van de straathoekwerkers dat Albert het pension twee weken voordien heeft verlaten. Een maand na deze 'escapade' laat het pension ons weten dat hij teruggekomen is. Het is voor het eerst dat hij op eigen initiatief naar zijn logies terugkeert.

Deze tussenkomst op lange termijn leidt tot de volgende drie vaststellingen.

In de eerste plaats vloeit het verzoek voort uit het bovenvermelde klinische vignet. Albert heeft, net zoals een groot deel van de gebruikers van de ondersteuningscel, aanvankelijk niets gevraagd. Het verzoek kwam duidelijk van het team van straathoekwerkers dat op onze dienst een beroep heeft gedaan. Op diverse momenten tijdens deze opvolging werden de diverse zorgverleners geconfronteerd met het feit dat hij uit zijn handelingen liet blijken dat de genomen beslissingen niet aansloten op zijn wensen (of mogelijkheden), maar op die van de zorgverleners. Zelfs al is het duidelijk dat onze werkmethodologie aangeeft dat we enkel tussenkomen op basis van het verzoek van een zorgverlener, toch blijkt dat we meestal botsen op de discrepantie tussen de verschillende verzoeken. Het is duidelijk dat ook aan die verzoeken dus nog moet worden gewerkt, om de gulden middenweg te vinden tussen de eventuele verwachtingen en wensen van de gebruiker en de zorgen en institutionele beperkingen van de werkers. Dat opnieuw onderhandelen over het verzoek kan leiden tot een gedeeltelijke of volledige hermodellering of herdefiniëring. Die problematiek omtrent het verzoek voert ons naar de tweede vaststelling, meer bepaald de kwestie van hoogdringendheid.

Het spreekt vanzelf dat om de verwachtingen van de gebruiker te kunnen inschatten, of ze nu in de vorm van een verzoek gebeuren of niet, er een echte relatie met de gebruiker moet worden opgebouwd. Maar er kan alleen een echte relatie tot stand komen als men op middellange of lange termijn denkt, temeer omdat de partner in deze relatie een erg onzeker bestaan leidt, met alle wantrouwen en desillusies die daarmee gepaard gaan. Toch gebeurt het niet zelden dat professionele zorgverleners een beroep op ons doen als ze voelen dat iets hoogdringend is. Een hoogdringendheid die in het geval van Albert zowel tot uiting kwam op psychologisch als op sociaal en medisch vlak. Het probleem met het begrip hoogdringendheid is dat er geen consensus over is om dat begrip unaniem te omschrijven. Dat betekent dat elke sector waarmee we samenwerken het begrip 'hoogdringendheid' interpreteert volgens de logica die haar eigen is. Omdat we ons daarvan bewust zijn, hebben we ervoor gekozen om, in plaats van onmiddellijk op die hoogdringendheid te 'springen' en mee te gaan in de overhaasting, de tijd te nemen om met de gebruiker een relatie op te bouwen, de desiderata van de diverse betrokkenen te analyseren en een gemeenschappelijk project op te zetten met hen en onze dienst. Soms is het relativeren van hoogdringendheid de eerste stap die moet worden gezet vooraleer over te gaan tot welke interventie ook.

Een laatste punt waar we noodgedwongen nog even bij moetenilstaan en waarvan het geval Albert een goed voorbeeld is, is de samenwerking tussen zorgverleners. Hoewel het helemaal niet vanzelfsprekend is, blijkt een netwerk essentieel als men een gebruiker op de best mogelijke manier wil begeleiden. Niet alleen de persoon zelf telt mee, met zijn probleem of problemen, zijn verleden, zijn wensen of afkeren, maar ook elke zorgverlener die in de gegeven situatie tussenkomt, met zijn eigen werkfilosofie maar ook die van de instelling waartoe hij behoort. En dan mogen we niet vergeten ook onze eigen werkmodaliteiten daaraan toe te voegen, met alle typische kenmerken die daarbij horen. Om in dat alles samenhang te vinden, achten wij het nuttig om regelmatig te vergaderen met de verschillende betrokkenen. Naast deze gerichte bijeenkomsten rond een gebruiker proberen we ook regelmatig contact te houden met de instellingen van het netwerk.

HOOFDSTUK 4

VOORZIENINGEN, MAATREGELEN

EN INITIATIEVEN VOOR EEN BETERE

TOEGANG TOT DE GEZONDHEIDSZORG

EN EEN BETERE GEZONDHEID

A. Context.....	327
B. De ziektekostenverzekering	329
C. Besluit.....	341

Hervé AVALOSSE, Sigrid VANCORENLAND (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten) en Leila MARON (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten)

Abstract

In België zijn talrijke maatregelen genomen om de financiële toegang tot de gezondheidszorg voor de meest kwetsbare personen te verbeteren. Voor gezinnen met een laag inkomen gelden maatregelen zoals de verhoogde tegemoetkoming en de sociale derdebetalersregeling. Gezinnen met hoge uitgaven voor zorgverlening kunnen van de voordelen genieten van de maximumfactuur (MAF) en het zorgforfait. Ook werd het aanbod van zorg- en dienstverlening verder uitgewerkt. Het systeem van de wijkgezondheidscentra is daar een sprekend voorbeeld van. Dat neemt echter niet weg dat er nog verder moet worden gewerkt aan een optimalisering van de financiële toegankelijkheid voor iedereen. Een té groot deel van de bevolking moet immers nog steeds zorg uitstellen.

A. Context

In België zijn een hele reeks maatregelen genomen om de financiële toegankelijkheid tot de zorgverlening voor de meest kwetsbare personen te vergemakkelijken. Voor gezinnen met een laag inkomen treden twee mechanismen in werking: de verhoogde tegemoetkoming en de sociale derdebetalersregeling. Voor gezinnen die moeten afrekenen met een opeenstapeling van gezondheidskosten en voor chronisch zieken, gelden eveneens een aantal maatregelen, zoals de maximumfactuur en de specifieke tegemoetkomingen voor chronisch zieken.

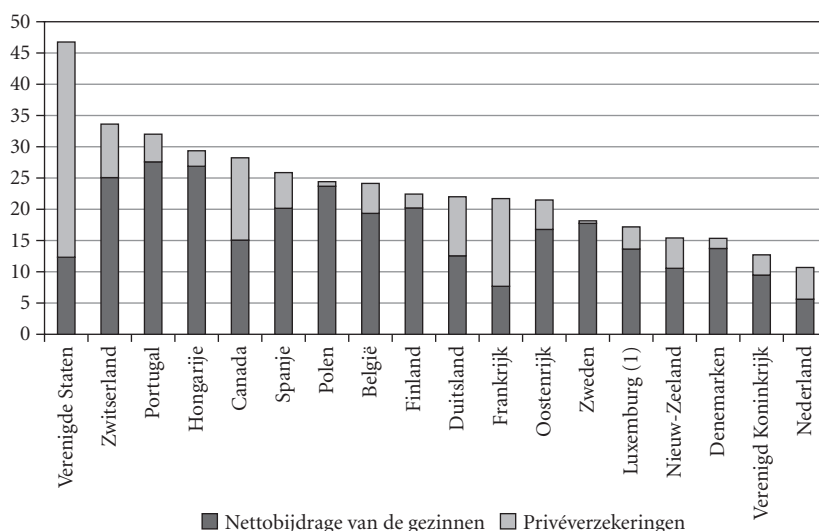
Die selectiviteitsmaatregelen werden geleidelijk in de verplichte ziektekostenverzekering ingevoerd, omdat de verzekering slechts een deel van de gezondheidskosten dekt (gemiddeld 75%), wat de meest kwetsbare bevolkingsgroepen voor grote problemen stelt.

Bovendien werden nog meer financiële voordelen voor de patiënt ingevoerd, zoals het globaal medisch dossier, de wijkgezondheidscentra met het forfaitair systeem en andere maatregelen die de kosten en supplementen voor patiënten binnen de perken moeten houden. Ook zijn er mechanismen ontwikkeld die tegemoetkomen aan personen zonder verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen, zoals het statuut dringende medische hulp.

Ondanks al die verschillende voorzieningen en maatregelen blijft het deel ten laste van de patiënt (remgeld, supplementen en zorgverstrekking die niet door

de verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen ten laste worden genomen) hoog in vergelijking met andere Europese landen. De patiënt betaalt zelf gemiddeld bijna 25% (nettobetalingen en premies voor privéverzekeringen) van de totale gezondheidsuitgaven (zie onderstaande grafiek). Die relatief hoge bijdrage heeft een impact op de zorgconsumptie, vooral in tijden van crisis. De laatste tien jaar groeiden de uitgaven voor gezondheidszorg continu²³⁴ (+3,8% per jaar, inflatie niet meegerekend), maar vanaf 2010 zien we een vertraging van de jaarlijkse groei van de uitgaven (+1,6% over de periode 2009-2012). De terugloop is deels te wijten aan de economische crisis die een negatief effect op de zorgconsumptie heeft gehad.

Grafiek: Nettobijdrage van de gezinnen en van de privéverzekering in % aan de totale gezondheidsuitgaven, 2010.



Bron: Eco santé 2012

²³⁴ De belangrijkste oorzaak van die stelselmatige groei is de prijsstijging, zowel van de honoraria en lonen van zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, ...) als van de medische technologie. Bovendien nemen de mogelijkheden van de geneeskunde toe en breidt het aanbod uit. Jaarlijks worden nieuwe geneesmiddelen en verstrekkingen terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen en wordt het zorgaanbod gediversifieerder. Tot slot geeft de veroudering aanleiding tot een grotere en vaak langdurige zorgbehoefte. De sterke stijging van de uitgaven is dus een natuurlijk gevolg van de economische ontwikkeling.

B. De ziektekostenverzekering²³⁵

1. De verhoogde tegemoetkoming

Dankzij de verhoogde tegemoetkoming (VT) hebben bepaalde categorieën verzekerden recht op een **lager remgeld** (of anders gezegd, ze kunnen een hogere terugbetaling krijgen) voor een groot deel van de kosten voor medische verzorging (ziekenhuisopname, consultatie van een arts, medicijnen,...). De rechthebbenden op de VT zijn ook beter beschermd tegen **ziekenhuissupplementen**. Een kamersupplementen of supplement op het honorarium kan niet gerekend worden voor wie in een tweepersoons- of gemeenschappelijke kamer verblijft. De VT-rechthebbenden genieten bovendien van de toepassing van de **sociale maximumfactuur (MAF)** en de **derdebetalersregeling**. Op 31 december 2010 genoten 1.768.000 sociaal verzekerden de verhoogde tegemoetkoming, goed voor 16,2% van de Belgische bevolking.

We onderscheiden twee soorten rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming VT:

1. De volgende kenmerken geven automatisch recht op de VT
 - **leefloon of financiële steun van het OCMW** (3 opeenvolgende maanden of 6 maanden in de loop van een periode van 12 opeenvolgende maanden);
 - **gewaarborgd inkomen voor bejaarden (GIVB) of inkomensgarantie voor ouderen (IGO)**;
 - **uitkering voor gehandicapten** (inkomensvervangende tegemoetkoming, integratietegemoetkoming en tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden)²³⁶;
 - **niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV)** met recht op terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen;

²³⁵ <http://www.inami.fgov.be/homefr.htm>.

²³⁶ In het kader van de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming op 1 januari 2014 zullen ook wezen automatisch recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Het is overigens voorzien dat enkel personen die recht hebben op een uitkering voor gehandicapten zonder aftrek op het inkomen van de partner automatisch recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming. Diegenen met aftrek op de inkomsten van de partner zullen worden uitgesloten van het automatisch recht op de VT en worden overgedragen naar de groep VT-rechthebbenden met controle op de inkomsten. De meesten van hen dreigen dus hun recht op de VT te verliezen. Momenteel zijn gesprekken aan de gang tussen de mutualiteiten en het Ministerie van Volksgezondheid om een oplossing voor dit probleem te zoeken.

- **kinderen met een fysieke of mentale handicap van minstens 66%** (vastgesteld door een arts van de Directie-generaal Personen met een handicap van de FOD Sociale Zekerheid).

2. De volgende personen kunnen een beroep doen op de VT:

- de **categorie WIGW**, met andere woorden: weduwen en weduwnaars, invaliden (na 1 jaar werkonbekwaamheid in het kader van de ziektekostenverzekering), gepensioneerden en wezen;
- **ambtenaren die sinds 1 jaar in disponibiliteit zijn gesteld** (indien ze een attest kunnen voorleggen, afgeleverd door de dienst waar ze tewerkgesteld zijn);
- personen die als **resident in België** (REB) zijn ingeschreven en minstens 65 jaar oud zijn;
- **gehandicapten zonder uitkering**;
- **langdurig werklozen** (minstens 1 jaar volledig werkloos);
- **eenoudergezinnen** die bestaan uit slechts een titularis en kinderen die in zijn mutualiteitsboekje zijn ingeschreven;
- rechthebbenden op een verwarmingstoelage (mazoutfonds categorieën 2 en 3);
- **leden van een kloostergemeenschap** en minstens 65 jaar oud.

Bovenvermelde personen moeten wel de inkomstenvoorwaarde vervullen voor het bekomen van de VT: het belastbare gezinsinkomen mag per 01.12.2012 niet meer bedragen dan 16.632,81 euro vermeerderd met 3.079,19 euro per extra persoon ten laste.

2. Het OMNIO-statuut

Het OMNIO-statuut werd op 1 april 2007 ingevoerd en biedt een aanvullende tegemoetkoming aan gezinnen met een laag inkomen die niet voor de VT in aanmerking komen. **Dat statuut wordt niet automatisch verleend, het moet aangevraagd worden.**

OMNIO is een gezinsrecht:

- er wordt rekening gehouden met de **werkelijke gezinstoestand** op 1 januari van het jaar van de aanvraag. Met ‘werkelijke gezinstoestand’ wordt bedoeld de toestand van het gezin in het rijksregister, m.a.w. alle personen die onder hetzelfde dak wonen (zelfs zonder verwantschapsband) op basis van de gegevens van het rijksregister van de natuurlijke personen;

- personen die zorgbehoevend zijn, chronisch zieken kunnen ervoor kiezen als apart gezin te worden beschouwd voor de toepassing van het OMNIO-recht voor een welbepaald kalenderjaar (bekend als de optie ‘opting out’).

Om in 2013 het OMNIO-statuuut te kunnen genieten, mag het bruto belastbare gezinsinkomen in het kalenderjaar dat het jaar van de aanvraag voorafgaat, niet hoger zijn dan 16.306,86 euro vermeerderd met 3.018,84 euro per gezinslid ander dan de aanvrager van het statuut.

De hervorming van de Verhoogde Tegemoetkoming, gepland voor 1 januari 2014, voorziet de samensmelting van beide statuten (RVV en OMNIO) tot één uniek statuut: Recht Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming.

3. *De sociale derdebetalersregeling*

Onder derdebetalersregeling wordt de betalingswijze verstaan waarbij de zorgverstrekker, de dienst of de instelling de betaling van de in het kader van de verplichte ziektekostenverzekering verschuldigde tegemoetkoming, rechtstreeks ontvangt van de verzekeringsinstelling (de mutualiteit) en waarbij de rechthebbende, aan wie de geneeskundige zorg werd verstrekt, is aangesloten of ingeschreven. Dat betekent dus dat **de patiënt de kosten voor zijn gezondheidsuitgaven niet meer moet voorschieten** en enkel nog het remgeld betaalt.

Normaal gezien mag een arts de derdebetalersregeling niet toepassen voor consultaties, bezoeken en advies. Maar er zijn **uitzonderingen, meer bepaald is er het stelsel van de sociale derdebetalersregeling**:

1. voor **rechthebbenden van de verhoogde tegemoetkoming**;
2. voor personen van wie het bruto belastbare inkomen niet hoger is dan het minimale overlevingsinkomen;
3. voor rechthebbenden van verhoogde kinderbijslag;
4. voor werklozen die sinds 6 maanden volledig werkloos zijn, zowel met gezinslast als alleenstaanden;
5. voor rechthebbenden van medische verzorging in wijkgezondheidscentra;
6. in een occasioneel geval van financiële nood;
7. in geval van overlijden of voor personen in coma;
8. in geval van opname in een centrum voor geestelijke gezondheid, een centrum voor gezinsplanning of een opvangcentrum voor verslaafden;
9. voor opname in een gespecialiseerd zorgcentrum voor kinderen, bejaarden of mindervaliden.

Sinds 1 juli 2011 zijn er een hele reeks wijzigingen van kracht in aanloop naar een **administratieve vereenvoudiging en een versnelde terugbetaling voor huisartsen**.²³⁷ Die snellere betaling zou de toepassing van de derdebetalersregeling voor patiënten met een laag inkomen moeten vergemakkelijken. Als compensatie hebben de geconventioneerde huisartsen zich ertoe verbonden de sociale derdebetalersregeling toe te passen voor alle personen die sociaal-economisch achtergesteld zijn en dat op hun verzoek.

Sinds 1 december 2011 betalen patiënten die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming nog slechts één **euro remgeld voor een consultatie bij een huisarts** (+0,50 euro als ze geen globaal medisch dossier [GMD] hebben).

De sociale derdebetalersregeling is een echt instrument voor de toegankelijkheid tot de eerstelijnszorg. Uit recent onderzoek²³⁸ blijkt dat dit mechanisme de toegang tot de algemene geneeskunde op significante wijze zou verbeteren, in het bijzonder voor de jonge bevolkingsgroep die kwetsbaarder en vaker ziek is. Die groep zou zonder dat systeem minder zorg genieten. In 2010 werden 19% van de bezoeken en 12% van de consultaties tegen het tarief van de sociale derdebetalersregeling verrekend. Bovendien bleek het engagement dat de geconventioneerde huisartsen waren aangegaan, een significante positieve impact te hebben op de toepassing van de sociale derdebetalersregeling. We zijn echter nog ver verwijderd van een systematische toepassing. In de recente wetgeving voor “gezondheid-toegankelijkheid” wordt in de verplichte toepassing van de sociale derdebetalersregeling voorzien voor RVV en personen met het statuut chronisch zieke²³⁹ vanaf 1 januari 2015.²⁴⁰

4. De maximumfactuur (MAF)

De MAF, gebaseerd op het totaal betaalde remgeld, heeft tot doel het totale jaarlijkse bedrag dat **gezinnen** aan remgeld betalen, te beperken afhankelijk van hun inkomen en hun (gezins)status. **Vanaf het moment dat het remgeld betaald voor geneeskundige verzorging een maximumbedrag bereikt, worden voor alle leden van het betrokken gezin alle officiële honoraria voor 100% terugbetaald.** In 2010 genoten ongeveer 1,1 miljoen mensen (verdeeld over 610.000

237 Volgens dit nieuwe regime betalen de mutualiteiten binnen 30 dagen volgend op de datum van ontvangst van een gedetailleerd overzicht.

238 J.-M. LAASMAN, L. MARON en J. VRANCKEN, *Le Tiers Payant Social: Pour quel accès aux soins*, Brussel, Directie Studiedienst, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 2012, 18.

239 Het statuut ‘chronische zieke’ zal worden ingevoerd in de loop van 2013.

240 J.-M. LAASMAN, L. MARON en J. VRANCKEN, *Baromètre Tiers Payant Social 2012*, Brussel, Directie Studiedienst, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 2013, 23.

gezinnen) een terugbetaling via het MAF-systeem. In verhouding tot het totale remgeld (vóór toepassing van de MAF) betekent dat een correctie van 8 à 9%.

We onderscheiden:

1. de sociale MAF, die betrekking heeft op personen die een verhoogde tegemoetkoming genieten (RVV en OMNIO), met uitzondering van kinderen met verhoogde kinderbijslag en personen die recht hebben op een leefloon waarvan de partner in voorkomend geval over een inkomen beschikt. Het **remgeldplafond is vastgelegd op € 450**;
2. de MAF op basis van inkomen, die op iedereen van toepassing is en gebaseerd is op het inkomen van het gezin. Voor het bepalen van het plafond wordt het netto belastbare inkomen van het gezin in aanmerking genomen (zie onderstaande tabel);
3. MAF voor chronisch zieken: sinds 01.01.2009 geldt een vermindering van € 100 op het remgeldplafond (€ 350 dus) wanneer één gezinslid de 2 **voorafgaande kalenderjaren** telkens € 450 remgeld heeft betaald. Dat stelt mensen met hoge gezondheidsuitgaven in staat sneller de 100% terugbetaling van het officiële tarief te genieten.

Plafond belastbare inkomensschijven 2013	Plafond remgeld
Van 0 tot 17.523,66 euro	450 euro
Van 17.523,66 tot 26.939,35 euro	650 euro
Van 26.939,35 tot 36.355,07 euro	1.000 euro
Van 36.355,07 tot 45.378,45 euro	1.400 euro
Vanaf 45.378,45 euro	1.800 euro

Bron: RIZIV

Bijkomende individuele bescherming

- Gehandicapte kinderen: **remgeldplafond = 450 euro**
- Kinderen < 19 jaar: **remgeldplafond = 650 euro**

Welke kosten komen in aanmerking voor de MAF?

- Remgeld voor prestaties van artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en andere zorgverleners.
- Remgeld voor medicijnen van categorie A, B en C en voor magistrale bereidingen (medicijnen die de apothekers zelf maken).
- Remgeld voor technische prestaties (bijvoorbeeld operaties, röntgenfoto's, laboratoriumonderzoeken, technische testen enzovoort).

- Persoonlijk aandeel in de ligdagprijs in een algemeen ziekenhuis (volledig en in een psychiatrisch ziekenhuis (enkel de eerste 365 dagen).
- Forfaitair persoonlijk aandeel voor geneesmiddelen tijdens de ziekenhuisopname.
- Enterale voeding per sonde of stoma voor jongeren van minder dan 19 jaar.
- Endoscopisch en viscerosynthesemateriaal.
- Afleverings- en veiligheidsmarges voor implantaten.

5. Maatregelen ten gunste van chronisch zieken²⁴¹

Chronisch zieken kunnen gebruikmaken van de MAF, maar de ziektekostenverzekering voorziet voor hen nog een reeks specifieke tegemoetkomingen.

5.1 Zorgforfait

- Het zorgforfait wordt door de mutualiteit automatisch toegekend aan patiënten die voldoen aan minstens een van de acht criteria die een gezondheidsprobleem als chronisch definiëren (zie onderstaande tabel).
- Het wordt eveneens toegekend als de som van het remgeld (hetzelfde remgeld dat ook geldt voor de MAF) twee opeenvolgende jaren hoger is dan € 450 voor niet-RVV en € 365 voor RVV.

Tegemoetkoming:

Bedrag van het forfait	Toegekend aan personen die aan een of meerdere van de volgende criteria beantwoorden
€ 296,00	– Kinesitherapie zware aandoening – Langdurige (120 dagen) of frequente ziekenhuisopnames – Verhoogde kinderbijslag
€ 444,01 (forfait verhoogd met 50%)	– Leefloon voor gehandicapte personen – Uitkering voor hulp aan bejaarde personen – Recht op hulp van derde (ZIV) – Recht op hulp van derde (wet van 27-06-1969)
€ 592 (forfait verdubbeld)	– Forfait thuiszorg (recht op forfait B of C gedurende minstens 3 maanden)

Bron: RIZIV

²⁴¹ De bedragen van de in dit hoofdstuk voorgestelde interventies gelden voor 2013.

5.2 Incontinentieforfait

- Om recht te hebben op een tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal, moet de rechthebbende in de loop van de 12 maanden die voorafgaan aan het besluit tot toekenning van die tegemoetkoming:
 - recht hebben op het forfait B of C in de thuisverpleging, met gedurende minstens vier maanden een score 3 of 4 voor het criterium incontinentie;
 - ouder zijn dan 3 jaar;
 - thuis worden verzorgd (rechthebbenden die in een verzorgingsinrichting verblijven zijn uitgesloten).

Tegemoetkoming: € 486,39.

Sinds 01.01.2012

- *Er is in een nieuwe forfaitaire tegemoetkoming voorzien voor personen die lijden aan een onbehandelbare vorm van urinaire incontinentie, maar die door het afhankelijkheidscriterium (forfait B of C) niet in aanmerking komen voor het reeds bestaande incontinentieforfait.*
- *Tegemoetkoming: € 158,75.*
- Forfaitaire tegemoetkoming voor palliatieve patiënten die thuis worden verzorgd: € 638,29 (maximaal 2 maal).
- Forfaitaire tegemoetkoming voor patiënten in een persisterende vegetatieve status die thuis worden verzorgd, maximaal: € 8.130,16 per jaar (de eerste storting komt overeen met de helft van de tegemoetkoming, daarna volgt de maandelijkse storting van een bedrag dat overeenkomt met 1/12 van het forfait).
- Forfaitaire tegemoetkoming voor patiënten met het syndroom van Sjögren: maandelijkse uitkering van € 22,59.
- Forfaitaire tegemoetkoming voor de niet-terugbetaalbare, bijzondere kosten voor voeding voor patiënten met coeliakie: maximale tegemoetkoming van € 38 per maand.
- Forfaitaire tegemoetkoming voor de niet-terugbetaalbare, bijzondere kosten voor voeding voor kinderen met chronische nierinsufficiëntie: € 30 per maand.
- Forfaitaire tegemoetkoming voor patiënten met chronische wonden:
 - € 0,25 per verpakking actief verbandmiddel afgeleverd door een openbare apotheek (het saldo telt voor de MAF);

- bijkomende tegemoetkoming: trimestrieel een supplementaire forfaitaire tegemoetkoming van € 22,59 per maand.
- Tegemoetkoming voor patiënten met chronische pijn: tegemoetkoming van 20% in de kostprijs van bepaalde pijnstillers (die normaal niet worden terugbetaald, zoals Dafalgan bijvoorbeeld). Het saldo telt voor de MAF.

6. Het Globaal Medisch Dossier (GMD)

Het GMD bevat alle medische gegevens van de patiënt. De arts die door de patiënt wordt aangeduid, is verantwoordelijk voor het beheer ervan. Hij ontvangt daar een honorarium voor dat volledig door de ziekteverzekering wordt terugbetaald.

Voordelen voor de patiënt: De patiënt die een GMD aanvraagt bij zijn behandelende arts, heeft recht op een korting van 30% op het remgeld voor consultaties bij de huisarts, een terugbetaling van de toeslag van € 2 voor de dienstdoende huisarts in zijn consult na 18 u en de terugbetaling tegen 100% van een jaarlijkse preventieconsultatie bij de huisarts die zijn globaal medisch dossier beheert (enkel voor patiënten tussen 45 en 75 jaar). Het openen van een GMD is ook een voorwaarde voor de toegang tot het zorgtraject voor diabetici en patiënten met nierinsufficiëntie. Hoewel het GMD in Wallonië en Brussel de laatste jaren grote vooruitgang heeft geboekt, hinkt het in vergelijking met Vlaanderen toch nog sterk achterop (zie onderstaande tabel).

Tabel: Evolutie dekkingpercentage GMD per Gewest, 2005-2011.

Gewest	2005			2011			Evolutie 2005-2011
	Bevolking	Aantal GMD	Percentage patiënten met GMD	Bevolking	Aantal GMD	Percentage patiënten met GMD	
Vlaanderen	1.243.683	688.448	55%	1.383.780	964.994	70%	26%
Brussel	325.256	80.084	25%	372.102	148.623	40%	62%
Wallonië	1.207.522	282.739	23%	1.305.709	565.058	43%	85%
België	2.946.175	1.105.962	38%	3.112.346	1.683.023	54%	44%

Bron: LAASMAN, MARON en VRANCKEN (2012)²⁴²

242 J.-M. LAASMAN, L. MARON en J. VRANCKEN, *Baromètre Dossier Médical Global 2011*, Brussel, Directie Studiedienst, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 2012, 22.

7. Wijkgezondheidscentra met forfaitair systeem

Forfaitaire geneeskunde biedt erg toegankelijke eerstelijnszorg, in het bijzonder voor patiënten die het op sociaaleconomisch vlak moeilijk hebben: de patiënt betaalt geen remgeld of toeslagen. Het is aangetoond²⁴³ dat het aandeel RVV-patiënten groter is in de praktijken met een forfaitair systeem dan in de praktijken met een prestatiesysteem, en dat ongeacht de wijk waar het wijkgezondheidscentrum gelegen is. Die grotere toegankelijkheid is globaal gezien trouwens niet duurder voor de ziektekostenverzekering.²⁴⁴ Wat de financiering van de ziektekostenverzekering betreft, gaat het over een forfait per capita, per aangeslotene dus, voor prestaties in de algemene geneeskunde (consultaties en bezoeken), verpleegkundige zorg en kinesithérapie. In het kader van een contract, getekend tussen de patiënt, zijn mutualiteit en het wijkgezondheidscentrum, stort de mutualiteit maandelijks en per aangeslotene rechtstreeks een vaste som (het forfait) aan het wijkgezondheidscentrum. De wijkgezondheidscentra met een forfaitair systeem kennen de laatste jaren een sterke groei (zie onderstaande tabel).

Tabel: Evolutie van het aantal wijkgezondheidscentra, 2004-2011.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Aantal WGC	59	67	71	80	88	99	110	119
Aantal aangeslotenen	122.870	143.294	155.913	164.739	188.787	221.708	239.635	250.075

(Bron: gestandaardiseerd rapport RIZIV, 2012)

8. De belangrijkste maatregelen om de prijzen en toeslagen in de sector van de gezondheidszorg te beperken

Naast de maatregelen die hierboven reeds aan bod kwamen, werden de laatste jaren ook een reeks maatregelen ingevoerd die de aan de patiënt aangerekende prijzen en toeslagen moeten beperken.

243 M. BOUTSEN en L. MARON, *L'accessibilité des maisons médicales au forfait: une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles*, Brussel, Directie Studiedienst, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 2011, 15.

244 Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), *Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België*, KCE Reports 85B, 2008, 162.

In de **ziekenhuissector** bleef de factuur voor de patiënt gemiddeld stabiel. Verblijven in een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer werden zelfs aanzienlijk goedkoper: de patiënt betaalt vandaag voor een verblijf in hetzelfde type kamer gemiddeld hetzelfde als tien jaar geleden.²⁴⁵ Dat is het gevolg van een beleid dat sinds 2005 gevoerd wordt en dat de patiënt beter wil beschermen tegen supplementen in 'standaardkamers'. De supplementen voor eenpersoonskamers blijven echter jaar na jaar fors stijgen.

In de **geneesmiddelensector** werden eveneens maatregelen ingevoerd, die hun uitwerking hebben op de prijzen van geneesmiddelen of die goedkopere geneesmiddelen promoten:

- sinds 1 juni 2001 stimuleert het referentietrugbetalingssysteem het voorschrijven van goedkopere geneesmiddelen. Dat heeft tot gevolg dat de patiënt aanzienlijk minder remgeld moet betalen als de arts of tandarts een generisch middel of een 'kopie' voorschrijft;
- het minimale prijsverschil tussen generische geneesmiddelen en originele geneesmiddelen werd meermaals verhoogd, van de oorspronkelijke 16% tot 31% in 2011;
- sinds 1 april 2010 geldt een maximaal toegelaten prijs voor geneesmiddelen opgenomen in het referentietrugbetalingssysteem;
- sinds 1 april 2012 heeft de apotheker de verplichting om in geval van een voorschrift op stofnaam (VOS) een geneesmiddel uit de groep van de goedkoopste geneesmiddelen af te leveren, dat geldt sinds 1 mei 2012 ook voor antibiotica- en antimycoticavoorschriften, zelfs als de arts de merknaam heeft gepreciseerd;
- enzovoort.

Die maatregelen hebben een significante impact gehad op het remgeld dat de patiënt betaalt: gemiddeld daalde het remgeld per dagelijkse dosis medicijnen tussen 2006 en 2011 met 30% voor geneesmiddelen die in openbare apotheken werden afgeleverd. Ze hebben ook geleid tot minder uitgaven bij de verplichte ziektekostenverzekering en een deel van de besparingen is opnieuw geïnvesteerd om de terugbetaling mogelijk te maken van innovatieve geneesmiddelen en weesgeneesmiddelen waarvan de kostprijs erg hoog is.

In de sector **medisch materiaal** en in het bijzonder voor implantaten en prothesen werden door het vastleggen van een maximaal toegelaten prijs de kos-

245 L. MARON, J. VRANCKEN, M. VAN DUYNLAEGER, J. VANOVERLOOP en K. VERVOORT, *Baromètre hospitalier 2011*, Brussel, Directie Studiedienst, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten, 2012, 50.

ten ten laste van de **patiënt aan banden gelegd**. Het verschil tussen de maximumprijs en het terugbetalingstarief – de ‘veiligheidsmarge’ – is ten laste van de patiënt, maar wordt wel meegerekend voor het bepalen van de maximumfactuur. Die veiligheidsmarge is voor bepaalde implantaten (meer bepaald heupprothesen) trouwens aanzienlijk verminderd als gevolg van het hogere terugbetalingstarief. Die maatregelen hebben vruchten afgeworpen: tussen 2010 en 2011 is de gemiddelde medisch materiaalfactuur voor de patiënt voor het eerst gedaald met 4,6%.²⁴⁶

C. Besluit

Diverse maatregelen en de beperking van prijzen en toeslagen hebben ervoor gezorgd dat de factuur voor gezondheidszorg voor de patiënt binnen de perken blijft. De eigen bijdrage voor gezondheidskosten is niet gestegen, ondanks een sterke groei van de kosten en de moeilijke budgettaire context, vooral sinds 2008. Een gericht beleid zorgde bovendien voor een verlaging van de facturen voor bepaalde bevolkingsgroepen (gezinnen met een laag inkomen, gezinnen met een opeenstapeling van hoge kosten voor gezondheidszorg enzovoort) maar ook een algemene verlaging van bepaalde kosten voor gezondheidszorg (de prijs voor een gemeenschappelijke en een tweepersoonskamer in een ziekenhuis, het remgeld op geneesmiddelen enzovoort).

Toch zijn er nog enkele problemen.

- De kostprijs ten laste van de patiënt blijft globaal genomen hoog in vergelijking met de andere landen in Europa.
- De verplichte ziektekostenverzekering biedt onvoldoende dekking voor bepaalde behoeften, onder meer op het gebied van geestelijke gezondheid, medisch materiaal (cf. bril/lenzen, hoorapparaten, mobiliteitshulpmiddelen,...) en implantaten, bepaalde tandverzorging, niet-terugbetaalde geneesmiddelen die belangrijk zijn bij de behandeling van bepaalde chronische aandoeningen.
- Voor patiënten die in een rusthuis verblijven, zijn de kosten vaak hoger dan het inkomen van de bewoner. Die kwestie is des te crucialer in het licht

²⁴⁶ L. MARON *et al.*, *ibid.*, 2012.

van de overdracht aan de federale entiteiten van de bevoegdheden inzake rusthuizen en de dotaties die hen toekomen.

- Aan de patiënt worden hoge supplementen op honoraria en medisch materiaal aangerekend, zonder dat hij daarvan correct en van tevoren op de hoogte is gebracht. Ze kunnen sterk variëren afhankelijk van de instelling en de zorgverstrekker (de maximumbedragen voor honorariatoeslagen in een eenpersoonskamer kunnen, afhankelijk van de zorginstelling, uiteenlopen van 100% tot 400% van de tegemoetkoming door het RIZIV). Dat heeft tot gevolg dat sommige gezinnen, die voor een voldongen feit werden geplaatst, aan hun ziekenhuisverblijf een zware financiële kater kunnen overhouden.
- Er is een lage graad van geconventioneerden voor bepaalde medische specialisaties, in het bijzonder bij gynaecologen (50% van de artsen is niet geconventioneerd), oogspecialisten (60%) en dermatologen (70%). Dat leidt ertoe dat de patiënt in bepaalde arrondissementen zich voor die disciplines niet meer tot een geconventioneerde arts kan wenden.
- Wegens het gebrek aan gemeenschapsgeld gaan steeds meer stemmen op om meer samen te werken met de privésector, om nieuwe bronnen van financiering aan te boren. De commerciële sector toont inderdaad steeds meer interesse in de gezondheidszorg. Hun doel is echter vaak het maken van winst, zonder altijd rekening te houden met de behoeften van de patiënt, zowel op het gebied van zorg als op het gebied van financiële toegankelijkheid.
- Het uitstellen van zorg blijft bestaan en neemt voor bepaalde bevolkingscategorieën zelfs toe. Dat komt voornamelijk door een gebrekkige kennis van de maatregelen van de kant van de sociaal-verzekerden en de zorgverstrekkers en door een wetgeving die steeds complexer wordt, met steeds meer statuten en rechten. Daarnaast is er ook nog het probleem dat bepaalde kwetsbare bevolkingsgroepen moeilijk te bereiken en weinig ontvankelijk zijn voor de informatie die op proactieve wijze door de mutualiteiten en dergelijke wordt verspreid.

Om daar een antwoord op te vinden, is het noodzakelijk:

- het eigen aandeel voor alle Belgen te verminderen, naast maatregelen die de financiële toegankelijkheid tot de gezondheidszorg vergemakkelijken;

- de kostendekking van bepaalde essentiële behoeften, die onvoldoende gedekt zijn door de verplichte verzekering, op een duurzame en efficiënte manier te verbeteren;
- een betere regulering van de toegepaste prijzen en toeslagen in te voeren om te vermijden dat een hogere terugbetaling zou leiden tot een prijsverhoging, waardoor het gunstige effect op de zorgtoegang afgevlakt wordt, en de ontwikkeling te verhinderen van commerciële privéziektelastenverzekeringen die de ‘slechte risico’s’ over zouden laten aan openbare of private, niet-commerciële actoren, wat op termijn tot een gezondheidssysteem met twee snelheden zou leiden;
- de patiënt te voorzien van informatie ‘op maat’ over de te verwachten en vermijdbare kosten voor gezondheidszorg, zowel wat betreft de toegepaste tarieven voor de diverse zorgverstrekkers, de status van de arts (geconventioneerd of niet), de financiële consequenties van een behandeling, een interventie, een ziekenhuisopname of een verblijf in een rusthuis;
- de toegang inzake recht op gezondheidszorg te verbeteren door:
 - de regelgeving voor de verhoogde tegemoetkoming te vereenvoudigen zoals voorzien in de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming door de invoering van een uniek statuut begin 2014. Het recht op verhoogde tegemoetkoming zal verleend worden op basis van een sociaal voorrecht (leefloon enzovoort) of op basis van een inkomstenplafond, maar het zal niet langer noodzakelijk zijn een ‘hoedanigheid’ te bewijzen (gepensioneerd, weduwe of weduwnaar,...). De mutualiteiten voorzien door samen te werken met de fiscale administratie trouwens een proactieve detectie van potentiële rechthebbende gezinnen, wat de toegang tot het recht zal vergemakkelijken;
 - een statuut chronisch zieken in te voeren, zoals voorzien in de loop van 2013, om personen die door een zware chronische ziekte getroffen zijn automatisch bepaalde specifieke bestaande rechten toe te kennen waarmee ze het hoofd kunnen bieden aan hun kosten voor gezondheidszorg (MAF chronisch zieken, sociale derdebetalersregeling) of die geleidelijk aan ontwikkeld zullen worden in het kader van de verplichte verzekering voor gezondheidszorg;
 - het recht van de sociale derdebetalersregeling uit te breiden en het verkrijgen ervan vlotter toegankelijk te maken. De toepassing van de sociale derdebetalersregeling zal vanaf 2015 verplicht worden voor rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming en de rechthebbenden van het nieuwe statuut ‘chronische aandoeningen’. Naast een betere toegankelijkheid tot de zorg zal dat zich vertalen in een belangrijke administratieve vereenvoudiging voor de sociaal-verzekerden.

HOOFDSTUK 5

BESLUIT

Ri De Ridder, directeur-generaal van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV

“Sommigen zitten echt als kleine vogeltjes op een tak.”

De analyses en getuigenissen zijn stuk voor stuk, in elk hoofdstuk van dit groenboek, aangrijpend en tegelijk uitdagend. Onvermijdelijk doet dit denken aan het essay ‘Indignez-vous’ van Stéphane Hessel, in belangrijke mate gewijd aan maatschappelijke uitsluiting. Uitsluiten doe je wanneer je grenzen trekt: “tot hier en niet verder”. Grenzen gaan over identiteit en zelfbehoud.

Geen twijfel dat onze Belgische en Europese samenlevingen het ‘tot hier’ zeer breed hebben ingevuld. Dit boek gaat echter in belangrijke mate over het ‘niet verder’, over wat over de grens van onze solidariteit reikt. Dat solidariteit niet onbegrensd kan zijn, lijkt evident, evenzeer als dat solidariteit niet zonder meer vanzelfsprekend is. En hier ligt ook de uitdaging en meteen een bezorgdheid. Is er ruimte tot een maatschappelijk debat over uitsluiten? Kunnen grenzen verlegd worden zonder dat de eigen identiteit in gevaar komt? Is er ruimte voor een grenzeloze solidariteit in sommige situaties? Enkele recente studies in Vlaanderen lijken eerder te wijzen op een kritischer invulling van de draagwijdte van solidariteit. Uit de ISSP-survey 2011 in opdracht van de studiedienst van de Vlaamse Regering blijkt bijvoorbeeld dat 3 op de 10 van de Vlamingen vindt dat toegang tot gezondheidszorg niet moet gewaarborgd worden voor mensen die niet in het bezit zijn van de Belgische nationaliteit.

Een recent bevolkingsonderzoek van Prof Elchardus over solidariteit in het Vlaams Gewest, in opdracht van de Socialistische ziekenfondsen, geeft aan dat één op de drie een levensnoodzakelijke behandeling zou ontzeggen aan ouderen boven de 85, eerder dan in te boeten op eigen keuzevrijheid.

Dit jaar viert het RIZIV vijftig jaar verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. De principes werden een halve eeuw terug vastgelegd: een universele bescherming tegen ziekterisico's, volgens draagkracht gefinancierd. De verwezenlijking ervan is in stappen gebeurd. Zo genieten de zelfstandigen pas sinds 1.1.2008 dezelfde volledige bescherming: tot dan waren enkel de ‘grote risico's’ verplicht verzekerd en diende voor de kleine risico's een aanvullende verzekering te worden afgesloten. Tot op de dag van vandaag worden hervormingen doorgevoerd om de financiële toegankelijkheid te verbeteren voor wie op financiële drempels botst: het verbod op ereloossupplementen in twee- of meerpersoonkamers en de invoering van het statuut chronisch zie-

ken gekoppeld aan een uitbreiding van de maximumfactuur voor chronisch zieken zijn sinds 1.1.2013 in voege; vanaf 1.1.2014 wordt de voorkeurregeling hervormd tot één globaal systeem gebaseerd op het gezinsinkomen en vanaf 2015 zullen ziekenfondsen gezinnen met een laag inkomen actief kunnen opsporen om daarmee een grote stap vooruit te zetten in richting van automatische toekenning van de voorkeurregeling. En ook vanaf 2015 zal de regeling derde betalende systematisch worden toegepast voor voorkeurgerechtigden en chronisch zieken.

Het belang van dergelijke maatregelen wordt in een aantal hoofdstukken duidelijk onderstreept. Zonder financiële toegankelijkheidsmaatregelen zouden heel wat gezinnen in armoede terechtkomen, schulden opbouwen omwille van gezondheid of zichzelf of zelfs hun kinderen zorg moeten ontzeggen.

Dat deze verdere stappen in het verzekeren van universele toegang broodnodig zijn blijkt ook uit een aantal verontrustende signalen met betrekking tot ongelijkheden in gezondheid en toegang tot gezondheidszorg. De zeer ongelijke levensverwachting in goede gezondheid naargelang de scholingsgraad is mischien wel het meest sprekend omdat het een zeer verschillend perspectief – gezond dan wel ziek en afhankelijk – inhoudt over ouder worden in een welvaartstaat. Onrustwekkend is de toename van het uitstellen of afstellen van zorg, die uit de cijfers van de gezondheidsenquête van 2008 blijkt en het feit dat in toenemende mate jongere mensen en eenoudergezinnen hiermee worden geconfronteerd. Er is een verband met de financiële en economische crisis, maar gaat het hier ook niet om een sociale crisis, waar een groeiende inkomensongelijkheid hand in hand gaat met een toename van het aantal kinderen dat in armoede opgroeit, verstrenging van wetgeving met toenemende uitsluiting, een toenemende informatiekloof met meer nadruk op eigen verantwoordelijkheid,...?

Tal van de bijdragen illustreren het complexe samenspel van factoren die tot uitsluiting leiden – in een aantal gevallen via een onherroepelijk mechanisme, een cascade van gebeurtenissen, waar je niet meer uit raakt zonder hulp, waar je totaal afhankelijk wordt: zeker wanneer je dan ‘buiten de grens’ bent, leidt de destructieve spiraal tot het verlies van menselijke waardigheid.

“Sommige plaatsen zoals het Noordstation in Brussel vallen onder 3 verschillende OCMW’s en de persoon moet zelfs uitleggen aan welke trap of op welke verdieping hij zich bevindt, anders kan het recht op DMH worden geweigerd... Men vraagt al meer dan 20 jaar aan de Brusselse OCMW’s om meer eenvormige en duidelijk gedefinieerde procedures toe te passen. Tevergeefs.”

“Wij hebben dus een systeem dat wordt beschouwd als het meest ingewikkeld en log op administratief vlak.”

Wat in het bijzonder treft in deze verhalen is de rol van onze systemen zelf: de institutionele uitsluiting, die treffend geïllustreerd wordt door de getuigenissen over het gevecht van sociaal uitgesloten met het ‘systeem’. Alleen al in zijn technocratisch woordgebruik (‘no shows’, SDF’s, ...) maar nog meer in zijn technocratisch handelen zien we hoezeer een benadering in hokjes leidt tot grote mazen in ons maatschappelijk veiligheidsnet. Hoe komt het toch dat daklozen geweerd worden door OCMW’s en daarmee niet de kans krijgen om hun verzekeraarbaarheid in orde te krijgen door domicilie te krijgen bij een OCMW? Hoeveel kost het eigenlijk om de vele uren te betalen die besteed worden aan het uitknobbelen of men wel bij de juiste deur heeft aangeklopt? Noem het de ‘kosten van de grensbewaking’. Zijn we hier nog wel efficiënt bezig? En wat is de zin dat OCMW’s de bal naar elkaar toeschuiven als per saldo de staat 100% ten laste neemt, zoals in de dringende medische hulpverlening (DMH)? Wat is de ratio om mensen die zich in ons land bevinden – om welke reden dan ook – medische hulp te ontfangen wanneer ze die nodig hebben, een hele administratie te onderhouden om daar op toe te zien, en het risico in de hand te werken op besmettelijke of fatale aandoeningen bij gebrek aan tijdige behandeling? Er zijn bijvoorbeeld te veel getuigenissen over kafkaïaanse situaties in Brussel: “trop is te veel” zoals ooit een Brusselaar zei. Maar worden het Brussels Gewest en de stad Brussel ook niet met te veel vanzelfsprekendheid verantwoordelijk gehouden voor hun grootstedelijke problematiek?

Als men de verdeling per gemeente op Belgisch niveau bekijkt, stelt men vast dat 34% van de DMH’s door de stad Brussel wordt toegekend.

Opvallend in de bijdragen is de positieve benadering van goed gestructureerde ‘systeemoplossingen’ zoals het project Mediprima, waarbij het stelsel van de ‘medische kaart’ wordt uitgewerkt als een soort ‘mycarenet’ toepassing dat voor zorgverleners administratief zeer herkenbaar is: de afhandeling van terugbetalingen gebeurt door tussenkomst van een ziekenfonds, in casu de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Structurele oplossingen worden gevraagd die zo dicht mogelijk aansluiten bij de standaardprocedures en –principes van onze verplichte ziekteverzekering, ja, in een aantal situaties er voor zorgen dat de universaliteit ook werkelijkheid kan worden door er voor te zorgen dat rechten ook effectief worden toegepast.

Tegelijk blijkt ook de noodzaak aan maatwerk: de specifieke risico’s op hepatitis C, HIV en Aids, schurft, of de specificiteit van psychiatrische ziektebeelden

ingevolge vervolging en foltering, of de combinatie van psychotische problemen met middelengebruik en dakloosheid, of simpelweg de toegankelijkheid van zorg op ongewone werkuren.

“Het gaat om het drama van het sociaal beleid en het gezondheidsbeleid, die sectoraal zijn bedacht en waar elke actor niet verder denkt dan zijn lapje grond, zijn kleine achtertuin, zijn beperkt interventiegebied. Het gaat om het drama van het overheidsbeleid, dat is bedacht voor specifieke afzonderlijke doelgroepen waarbij de problemen niet samen worden aangepakt: aan de ene kant zijn er de mensen zonder papieren, aan de andere kant de drugsgebruikers, iets verder de daklozen en nog anderen, in andere diensten met andere erkenningen.”

Patiënten passen niet in het traditionele kader van de hulpverlening, worden geweerd soms ook gewoon omwille van te complexe problemen, of krijgen niet de juiste hulp bij gebrek aan specifieke kennis. Sommige ziekenhuizen, sommige zorgverstrekkers (bijvoorbeeld in wijkgezondheidscentra) staan wel open voor deze problemen, samen met een aantal organisaties, dikwijls ngo's, die zich toeleggen op specifieke gezondheidsproblemen van uitgesloten groepen. Niet zelden betekent dat ook een volledige overname van de zorg ... omdat sommige instellingen en zorgverstrekkers uit de traditionele zorg deze 'moeilijke risico's' weren.

“Het weigeren van verzorging door de zorgverleners zelf vormt ook een belemmering voor daklozen om zich te laten verzorgen. Van de 159 patiënten die in het kader van het Winterplan 2012/2013 werden ondervraagd, verklaarde namelijk 29% dat zij de laatste twaalf maanden in een zorgstructuur werden geweigerd.”

Er zijn ook heel wat positieve geluiden in de getuigenissen: over inzet, geduld, luisterbereidheid, deskundigheid, volharding van heel veel mensen uit de hulpverlening. Ook positieve voorbeelden van efficiëntie: zoals de medische zorg in asielcentra, de verzekeraarbaarheid van niet begeleide minderjarige asielzoekers of mediprima. Maar hier klinken ook signalen van overbevraging, tekort aan middelen, uitputting.

Kunnen we beter?

Ja, als we zakelijk de situatie onder ogen nemen. Als we het aandurven om voorbij het debat over de grens tussen inclusie en exclusie op zoek te gaan naar een no-nonsensebeleid van beste oplossingen voor een menselijk beleid

zonder dat dit grenzeloosheid wordt. No-nonsense houdt het inzicht in dat de samenleving in de regel en zeker op termijn niets wint door met mensen af te rekenen via hun gezondheid. Het moet kunnen om de inzichten die dit groenboek aanbrengt te 'includeren' in ons gezondheidszorgsysteem zonder dat dit door de bevolking gepercipieerd wordt als het 'openzetten van de deur' voor gelukzoekers. Hier gaat het dus niet om het in vraag stellen van de wetgeving omtrent toegang en verblijf. Het gaat om toegang tot zorg, om het uitoefenen van een mensenrecht, om mededogen.

Sommige maatregelen kunnen op korte termijn worden genomen. Bijvoorbeeld de veralgemening van verzekeraarbaarheid voor minderjarigen of het heroverwegen van de gevolgen van uitsluiting van maatschappelijke bijstand op toegang tot zorg voor Europese burgers tijdens de eerste drie maanden van hun verblijf.

Het belang van tijdige uitvoering van structurele maatregelen zoals de verplichte derdebetalende voor voorkeurgerechtigden spreekt voor zich. Er is nog verbetering mogelijk in de bestaande financiële beschermingsmaatregelen: zo ligt de uitbreiding van de maximumfactuur tot bepaalde niet terugbetaalde medicatie nog op de tekentafel. Er zijn ook signalen dat de actuele laagste remgelddrempel (450 euro of 350 euro voor gezinnen met een chronisch zieke) te hoog ligt voor de laagste inkomensgezinnen. Er is nog ruimte om de kosten voor patiënten te verminderen, bijvoorbeeld door systematisch de goedkoopste evenwaardige medicijnen voor te (doen) schrijven of af te (doen) leveren of door onnodige zorg die onnodige kosten meebrengt te vermijden.

Sommige maatregelen op korte termijn vragen een sterk politiek engagement: bijvoorbeeld behoud van verzekeraarbaarheid voor gedetineerden en geïnterneerden of het van rechtswege inschrijven in de ziekteverzekering van daklozen, wanneer OCMW's hun verantwoordelijkheid niet nemen.

Er zijn ook hervormingen mogelijk die wellicht wat meer tijd vergen. Bijvoorbeeld het integratie van de verschillende systemen (Fedasil, dringende medische hulpverlening, medische kaarten OCMW's) tot één gestandaardiseerd en geïnformatiseerd medisch bijstandssysteem dat op zijn minst voor de eerstelijnszorg werkt als een basisverzekering (geen voorafgaand behoefteonderzoek, geen wachttijd) en na sociaal onderzoek de bijkomende verstrekkingen toegankelijk maakt via een voor alle zorgverstrekkers gemakkelijk hanteerbaar systeem. Het spreekt voor zich dat wie middelen heeft, ook moet bijdragen tot zijn gezondheidszorgverzekering.

Het RIZIV heeft de voorbije jaren stelselmatig in een financiering voorzien voor initiatieven van ngo's voor maatzorg bij doelgroepen. Dat gaat van de anonieme screening op overdraagbare aandoeningen tot kortstondige of meer langdurig medisch begeleide opvang. Het betreft uiteindelijk een bescheiden inspanning (4 miljoen euro op een miljardenbudget). Maar het is een belangrijk maatschappelijk signaal dat middelen van de ziekteverzekering kunnen worden besteed voor mensen die moeilijkheden ondervinden inzake toegang tot zorg. Niet alle probleem domeinen zijn evenwel voldoende afgedekt, zoals bijvoorbeeld de psychiatrische zorg voor mensen met multiple problematieken.

“We durven al luidop dromen van de oprichting van ‘global health’ centra in grootsteden die naast curatieve eerstelijnszorg ook SRG en zelfs geestelijke gezondheidszorg aanbieden...”

Er is in verschillende bijdragen gewezen op het belang van informatie. ‘Health illiteracy’ is een belangrijke belemmerende factor in de toegang tot gezondheidszorg. Sommige bijdragen verwijzen naar het belang van ervaringsdeskundigen en de positieve ervaring met interculturele bemiddeling in de ziekenhuizen. Het is zinvol om vanuit de ziekteverzekering hier meer in te investeren: ongelijke kansen vragen ook naar ongelijke inzet van middelen. De aanbevelingen van Ethealth (zie hoofdstuk 3-e) liggen op de interministeriële politieke tafel: het komt er op aan om nu concrete beslissingen te nemen.

No-nonsensebeleid impliceert ook het kunnen beleid voeren met kennis van zaken. Een adequate gegevensverzameling en de opvolging van pertinente indicatoren rond insluiting is een belangrijk aspect. Uit bezorgdheid voor mogelijke weerslag op toegankelijkheid van zorg van een groter beroep op grensoverschrijdende gezondheidszorg werd een ‘observatorium patiëntenmobilititeit’ opgericht op vraag van het parlement. Het moet perfect mogelijk zijn om een vergelijkbaar initiatief te nemen voor de financiële, culturele en sociale toegankelijkheid van onze zorg.

“Het is echt betreurenswaardig dat bijna 3.500 sociale woningen leeg staan.”

Tot slot: uitsluiting van recht op gezondheid houdt veel meer in dan alleen uitsluiting van toegang tot zorg. Stigmatisering, discriminatie, wantrouwen, vooroordelen, miskennen maken van uitsluiting een onmogelijkheid om deel uit te maken van de samenleving.

Het groenboek bevat concrete voorbeelden van hoe een sociaal inclusief beleid, bijvoorbeeld 'Housing first' het nodige houvast kan bieden om terug aansluiting te bieden bij de samenleving. Pas mits een minimale veiligheid, zoals een dak boven het hoofd, kan gestart worden met het bieden van een perspectief op een betere gezondheid. Wat we dus nodig hebben is een inclusief beleid op alle gebieden, no-nonsense, zakelijk, efficiënt en verstandig. Dat is de vraag doorheen dit groenboek van velen, die zich – niet zelden tegen de stroom in – inzetten voor een samenleving met wat meer warmte en wat meer ruimte, aan onze bestuurders. Het gaat niet eens om veel centen, misschien wel om een flinke dosis politieke lef en sterk politiek leiderschap.

REFERENTIES

HOOFDSTUK 1 HET BELANG VAN TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG

RESULTATEN GEZONDHEIDSENQUÊTE DOOR MIDDEL VAN INTERVIEW

BUZIARSI, J., DEMAREST, S., GISLE, L., MIERMANS, P. J., SARTOR, F., TAFFOREAU, J., VANDERHEYDEN, J. en VAN OYEN, H., *Enquête de Santé par Interview, Belgique 2001. Synthèse*, Brussel, Service d'Epidémiologie. Institut Scientifique de Santé Publique, 2002, <http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/his01fr/hisfr.pdf>.

DEMAREST, S., LEURQUIN, P., TAFFOREAU, J., TELLIER, V., VAN DER HEYDEN, J. en VAN OYEN, H., *La santé de la population en Belgique. Enquête de Santé par Interview, Belgique 1997, Résumé des résultats*, Brussel, Service d'Epidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique, 1998, <http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/his97fr/his.pdf>.

DEMAREST, S., GISLE, L., HESSE, E., MIERMANS, P. J., TAFFOREAU, J. en VAN DER HEYDEN, J., *Enquête de Santé par Interview, Belgique 2004. Synthèse*, Brussel, Service d'Epidémiologie. Institut Scientifique de Santé Publique, 2006, <http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/his04fr/hisfr.pdf>.

VANCORENLAND, 'Enquête de santé 2008 – Les inégalités de santé en guise de fil conducteur de l'enquête de santé 2008', *MC-Information* 2010, 242, 17-26.

VAN DER HEYDEN, J., GISLE, L., DEMAREST, S., DRIESKENS, S., HESSE, E. en TAFFOREAU, J., *Enquête de Santé par Interview, Belgique 2008, Synthèse*, Brussel, Service d'Epidémiologie. Institut Scientifique de Santé Publique, 2008, <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/CROSPFR/HISFR/his08fr/r%C3%A9sultats%20principaux.pdf>.

GEZONDHEIDSONGELIJKHEDEN

AVALOSSE, H., GILLIS, O., CORNELIS, K. en MERTENS, R., 'Inégalités sociales de santé en Belgique: des chiffres indéniables. Observations à l'aide de données

- mutualistes', *Revue belge de sécurité sociale* 2009/1, 145-170, http://www.socialsecurity.fgov.be/docs/fr/publicaties/btsz/2009/btsz_01_2009_fr.pdf.
- BOSSUYT, N. en VAN OYEN, H., *Health Expectancy by socio-economic status in Belgium*, Scientific Institute of Public Health, http://www.iph.fgov.be/epidemie/epien/inegalen/socineq_en.pdf.
- BOSSUYT, N., GADEYNE, S., DEBOOSERE, P. en VAN OYEN, H., 'Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium', *Public Health* 2004, 118, 3-10.
- BOUTSEN, M. en MARON, L., *L'accessibilité des maisons médicales au forfait: une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles*, Brussel, Direction études. Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2011.
- BOUTSEN, M., LAASMAN, J.-M. en REGINSTER, N., *Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs*, Brussel, Direction études. Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2006.
- COUFFINHAL, A., DOURGNON, P., GEOFFARD, P.-Y., GRIGNON, M., JUSOT, F., LAVIS, J., NAUDIN, F. en POLTON, D., 'Quelques expériences européennes', *Santé conjugée* 2007, 40, 42-52.
- DE WOLF, F. en VANOVERLOOP, J., *Analyse de profil des patients recourant aux urgences hospitalières*, Brussel, Direction études. Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2011.
- DURANT, M., *Inégalités sociales de santé – Fiche générale*, Brussel, Direction études. Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2011.
- Fondation Roi Baudouin, *Les inégalités de santé entre catégories sociales s'accroissent. Les plus instruits vivent plus longtemps, les moins qualifiés ne progressent pas*, Brussel, Fondation Roi Baudouin, 2010.
- Fondation Roi Baudouin, *Groupe de travail 'Inégalités en santé' de la Fondation Roi Baudouin à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique. Inégalités en santé – Recommandations politiques*, Brussel, 2007.
- GILLIS, O. en MERTENS, R., 'Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé', *MC-Information* 2008, 231, 4-16.
- GILLIS, O. en MERTENS, R., 'Mesures concrètes de réduction des inégalités de santé: quelques exemples européens', *MC-Information* 2008, 232, 3-14.
- GILLIS, O., 'Programmes globaux de lutte contre les inégalités de santé: analyse des cas anglais, néerlandais et suédois', *MC-Information* 2008, 234, 3-16.
- LAASMAN, J.-M., MARON, L. en VRANCKEN, J., *Baromètre Dossier Médical Global 2011*, Brussel, Direction études. Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2012.
- LAASMAN, J.-M., REGINSTER, N. en VRANCKEN, J., *Impacts financiers du remboursement de référence – Une actualisation 2009-2010*, Brussel, Direction études. Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2011.

- ROLAND, M., 'Inégalités sociales en matière de santé. Intervention au 3e Colloque international des programmes locaux et régionaux de santé, Mons, avril 2008', *Compte rendu in BARBIER, C., 'Les inégalités socio-économiques de santé', Education Santé 2008, 238, 10-12, <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=1052>.*
- SPIÈCE, C., *Inégalités sociales de santé – Fiche alimentation*, Brussel, Direction études. Union Nationale des Mutualités Socialistes, 2011.
- VANDERCAMMEN, *La consommation des ménages à revenu modeste*, CRIOC, 2008, disponible sur:
- WILLEMS, S., VAN DE GEUCHTE, I., IMPENS, J., DE MAESENEER, J., ALALUF, V., VAN NESPEN, I., MAULET, N., MICHEL en ROLAND, M., 'Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique', *Santé conjugée* 2007, 40, 25-34.

HOOFDSTUK 2 PROBLEMEN INZAKE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG VOOR PERSONEN ZONDER VERPLICHT VERZEKERING

A. Personen zonder wettig verblijf, personen met een visum en Europeanen

- ATD Quart Monde Wallonie asbl, 'Professionnels de la santé, vous avez un rôle important dans la réalisation de nos projets: une interpellation de Quart-Monde', *Santé conjugée* juli 2009, nr. 49, 24-31.
- BRAVEMAN, P. en GRUSKIN, S., 'Poverty, Equity, human rights and health', *Bulletin of the World Health Organization* 2003, 81, 539-45.
- CHAUVIN, P., PARIZOT, I. en SIMMONNOT, N., 'Access to healthcare for undocumented migrant in 11 European countries', Parijs, Médecins du monde European Observatory on Access to Health care, 2008, Survey Report, <http://www.doctorsoftheworld.org.uk/lib/docs/121111europeanobservatoryfullreportseptember2009.pdf>.
- ENSOR, T. en COOPER, S., 'Overcoming barriers to health services access: influencing the demand side', *Health Policy Planning* 2004, 19, 69-79.
- European Union Agency For Fundamental Rights (FRA), *Migrants in a irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Members States*, 2011.

- European Union Agency For Fundamental Rights (FRA), *Fundamental Rights of migrant in a irregular situation in the European Union*, 2011.
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 'Le système de santé belge en 2010', KCE reports 138 B, 2010, http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3228&CREF=17946.
- HERMESSE, J. en DE SPIEGELAERE, M., 'Atelier 'Pauvreté et accès aux soins de santé' présidé par Monsieur le sénateur André Du Bus, Colloque sur la lutte contre la pauvreté du 14 octobre 2011, CPCP, collection cepess, avril 2012.
- Institut scientifique de Santé Publique. Enquête santé par interview, België, 2008, <http://iph.fgov.be/epidemio/epifr/index4.htm>.
- LADAVI, C., 'Accessibilité à la santé', *Santé conjugée* januari 2009, nr. 47.
- LORANT, V. en BHOPAL, R., 'Comparing policies to tackle ethnic inequalities in health: Belgium 1 Scotland 4', *European Journal of Public Health*, 16, 1-6.
- Médecins du Monde, *Access to health care for vulnerable groups in the European Union in 2012. An overview of the conditions of persons excluded from healthcare systems in the EU*.
- Medecins du Monde, 'Rapport annuel 2009, CASO centre d'accueil, de soins et d'orientation', Brussel, https://www.medecinsdumonde.be/IMG/pdf/CASO_RA_2009-.pdf.
- Médecins du Monde, 'L'accès aux soins des plus démunis. Rapport d'activité des projets bruxellois', 2010, https://www.medecinsdumonde.be/IMG/pdf/RAPPORT_BRUXELLES_2010.pdf.
- Médecins sans Frontières, 'Accès aux soins en Belgique: Rapport d'activité 2005', 2005, http://www.msf-azg.be/uploads/tx_uwazg/belgique_rapport_2005.pdf.
- MIGHEALTHNET, 'Accès aux soins de santé pour les personnes en situation illégale', 2008, http://www.mighealth.net/be/index.php/Acc%C3%A8s_aux_soins_de_sant%C3%A9_pour_les_personnes_en_situation_ill%C3%A9gale.
- Observatoire européen sur l'accès aux soins de Médecins du Monde, 'Il faut forger le respect et non la peur', enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière, 2007.
- ROMERO-ORTUÑO, E., 'Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?', *European Journal of Health Law* 2004, 11, 245-272.
- SARGUINI, L. en LEGRÈVE, C., 'L'accès aux soins: un problème que l'on croyait résolu...', *Cahier santé conjugée*, nr. 56.
- SPOEL, E., *L'accès aux soins pour une population socio économiquement défavorisée: situation du quartier de Bruxelles Centres en Belgique*, Mémoire 2011.

- X, 'La Belgique, Hôpital du monde? Y a-t-il un accès universel à la santé?', *Migrations magazine* herfst 2012, nr. 8.
- X, 'Observatoire de la santé et du social, Bruxelles. Baromètre social, Rapport Bruxellois sur l'état de la pauvreté', Commission communautaire commune, 2012, http://www.observatbru.be/documents/graphics/rapport-pauvrete/rapport-pauvrete-2012/barometre_social_2012.pdf.

C. Personen die niet meer in orde zijn met de mutualiteit

- ANMC-Centres de service social, *Panorama social. Aperçu des dispositions fédérales, wallonnes et bruxelloises pour les personnes malades, handicapées, âgées et/ou à revenus faibles*, Brussel, Ed. Vanden Broele, 2013, 926 p.
- CHAOUI MEZABI, D., *Rapport d'observation des CPAS en matière de carte médicale*, Brussel, Université de Liège-SPP Intégration sociale, 2011, 28 p.
- RIZIV, Circulaire VI nr. 2010/226 van 15 juni 2010.
- POD Sociale Zekerheid, *Aperçu de la sécurité sociale en Belgique*, Brussel, 2012, 622 p.

HOOFDSTUK 3 ANDERE DREMPELS VERBONDEN AAN DE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG

A. Daklozen

- ANDERSON, I., BAPTISTA, I. en WOLF, J. *et al.*, *The changing role of service provision: barriers to access of health services for homeless people*, Brussel, FEANTSA European Observatory on Homelessness, 2006, http://feantsa.horus.be/files/transnational_reports/2006reports/06W3en.pdf.
- FEANTSA, *The right to health is human right: ensuring access to health for people who are homeless*, Brussel, FEANTSA, 2006, Annual European Report, www.feantsa.org/IMG/pdf/belgium_health_report.pdf.
- FEANTSA, *Health and homelessness: overcoming the complexities*, Spring 2011, <http://www.feantsa.org/spip.php?article133&lang=en>.
- Médecins du monde Belgique, *Bilan Plan Hiver 2011-2012*, 30 augustus 2012.

- SCHOCKAERT, I. en NICAISE, I., *Les conditions de vie des personnes sans-abris et sans chez soi et des personnes en séjour irrégulier: premiers résultats*, HIVA.
- VERLINDE, E., VERDÉE, T., VAN DE WALLE, M., ART, B., DE MAESENEER, J. en WILLEMS, S., 'Unique health care utilization patterns in a homeless population in Ghent', *BMC Health Serv Res*, 19 augustus 2010, 10:242. doi: 10.1186/1472-6963-10-242.

B. Verslaafden

- ALEXANDRE, S., 'A la rencontre de la personne sans-abri: Complexité et intrication des précarités sociales et mentales' in *Reseau SMES-B, Table d'Echanges 2010 du Réseau SMES-B*, 2013, <http://www.smes.be>.
- EMCDDA, '2012 Annual report on the state of the drugs problem in Europe', Lissabon, november 2012.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 'Harm reduction: evidence, impacts and challenges' in RHODES, T. en HEDRICH, D. (eds.), *Monographies scientifique No. 10 de l'OEDT*, Luxemburg, Office des publications de l'Union européenne, 2010, Engelse versie op <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs>.
- GERKENS, S., MARTIN, N., THIRY, N. en HULSTRAET, F., *Hépatite C, Dépistage et Prévention. Health Technology Assessment (HTA)*, Brussels Health Care Knowledge Centre (KCE), 2012, KCE Reports, 173 B. D/2012/10.273/05.
- HUSSON, E., 'Discontinuité des soins et passage difficile d'une institution vers une autre: les usagers de drogues à l'épreuve de la saturation et des modalités d'inclusion du réseau' in *Santé Conjuguée Assuétudes: un cheminement singulier et complexe dans la cité* januari-maart 2012, nr. 59.
- MARTIN, L., 'Vers un programme de housing first à Bruxelles', *SMES-B*, 2011, <http://www.smes.be/que-disons-nous/recherches-publiees-par-le-smes-b>.
- MASS DE BRUXELLES, 'Etude de prévalence sur la co-morbidité psychiatrique des patients de la Mass', 2007.
- MIMOUNI, H., KIRZIN, M. en HUSSON, E., 'Projet Riboutique, avec le soutien du Fonds Fédéral de Lutte contre les assuétudes', Brussel, 2012.
- Modus Vivendi et Service Publique Fédéral Justice, 'Usage de drogues dans les prisons Belges: Monitoring des risques sanitaires', 2008.
- OEUVRAY, K., 'Rester dépendant des institutions médicosociales' in *Logiques sociales*, L'Harmattan, 2009.

- SLIMBROUCK, A., 'Recherche-Action Réseau d'Accompagnateurs Psycho-Sociaux: Rapport final', Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale et SMES-B, 2012, <http://www.smes.be>.
- VERHEUL, R., 'Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders', *European Psychiatry* 2001, 16, 274-82.
- K. OEUVRAY, 'Rester dépendant des institutions médicosociales' (afhankelijk blijven van de medicosociale instellingen) in *Logiques sociales*, L'Harmattan, 2009.

C. Sekswerkers

- Jaarverslagen Ghapro vzw, Pasop vzw, Espace P, Alias, Boysproject, Icar, Entre 2.
- Verslag Testcentra voor sekswerkers in opdracht van het RIZIV. Periode 1/9/2011-31/12/2012. Alias – Espace P – Ghapro – Pasop.
- CORNELISSEN, T., SCHODTS, C., LEURIDAN, E. en VAN DAMME, P., *Epidemiologie van hiv en andere soi's in het prostitutiemilieu in de provincie Antwerpen. Resultaten van een soi-screening door Ghapro vzw in 2009 (Epidemiologie van AIDS en Hiv-infectie in België. Toestand op 31 december 2012)*, WIV-ISP.
- DECORTE, STOFFELS, LEURIDAN, VAN DAMME en VAN HAL, *Middelengebruik onder sekswerkers in België*, Universiteit Gent, 2011.
- DIAS, S. en GAMA, A., *Main findings PREVIH study*, presentatie op PREVIH conferentie in Lissabon, 25 en 26 maart 2013.
- VAN GELDER, P., *Kwetsbaar, kleurig en schaduwrijk. Jongens in de prostitutie: een verschijnsel in meervoud*, Amsterdam, Thela-thesis, 1998.
- VAN GELDER, P., *Transgenders en prostitutie. Een Haagse nachttocht*, Utrecht, De Graff, 2008.
- VAN GELDER, P. en VAN LIER, L., *Boys Online / Boys Offline. Seksuele dienstverlening door jongens/mannen (M\$M) in Den Haag*, 2009.
- VAN NUNEN, GRYSEELS en VAN HAL, *Effectonderzoek naar preventie bij sekswerkers*, Wilrijk, Universiteit Antwerpen, 2012.
- VAN VEEN, M., GÖTZ, H., VAN LEEUWEN, P. PRINS, M. en VAN LAAR, M., 'HIV and Sexual Risk Behavior among Commercial Sex Workers in the Netherlands', *Arch Sex Behav.* 2010, 39, 714-723.
- WEST, D.J. en DE VILIER, B., *Male Prostitution: Gay sex services in London*, Londen, Duckworth, 1992.

WRIGHT, M.T., *Stricher und Stricherarbeit: Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis* en WRIGHT, M.T. (ed.), *Prostitution, Prävention und Gesundheitsförderung: Teil 1, Männer. Aids Forum der Deutschen Aidshilfe*, Band 45, Berlin, Deutsche Aidshilfe, 2003.

UNERHILL, K., 'Sex Work and HIV status among transgender women. A systematic review and meta-analysis' in OPERARIHO, D. en SOMA, T., J. *Acquier Immune Defic Syndr.* mei 2008, vol. 48, nr. 1.

F. Kwetsbare vrouwen en kinderen

BEECKMAN, K., *Antenatale care in Brussels. Determinants of care trajectories*, Thesis VUB.

DE SCHUYMER, L., *De Huizen van het Kind, een instrument voor lokale actoren in de ondersteuning van (aanstaande) gezinnen met kinderen en jongeren*, HIG, 2013.

INTERNET

<http://statbel.fgov.be>: FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie

www.inami.fgov.be: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

www.luttepauvre.be: Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

www.mi-is.be: POD Maatschappelijke integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid

www.socialsecurity.fgov.be: FOD Sociale Zekerheid

België wordt beschouwd als een land met een goed sociaal vangnet en een hoogstaand gezondheidssysteem. Toch moeten we vaststellen dat voor verschillende bevolkingsgroepen de toegang tot de gezondheidszorg absoluut niet vanzelfsprekend is. Omwille van administratieve, financiële of andere redenen moeten ze vaak zorg uitstellen of eraan verzaken. Nochtans zijn die mensen die van zorg verstoken blijven net degenen die er het meeste nood aan hebben, en jammer genoeg blijft hun aantal maar toenemen...

Dit groenboek geeft een getuigenis van de problemen die de kwetsbaarste groepen in België ervaren bij het vinden van hun weg naar zorgverlening weer.

Aan de hand van verschillende bijdragen en getuigenissen van zowel conventionele gezondheidswerkers als van veldwerkers en patiënten geeft het boek een globaal overzicht van de problematiek van toegang tot zorg voor een reeks specifieke bevolkingsgroepen: zij die naast het wettelijke verzekeringskader vallen, nieuwkomers, daklozen, sekswerkers, personen met een verslaving enzovoort.

Welke specifieke zorg hebben deze groepen nodig en met welke obstakels worden ze op hun weg naar zorgverlening geconfronteerd? Hoe komt uitsluiting van de zorgverlening tot stand?

Zijn de huidige mechanismes om tegen die ongelijkheid te strijden wel efficiënt? Hoe kan ons gezondheidssysteem een gepaster antwoord bieden op de behoeften van de zwaksten in onze samenleving?

Met diverse bijdragen benadrukt dit groenboek dat uitsluiting van de gezondheidszorg zich niet alleen beperkt tot toegangsproblemen tot het zorgsysteem, maar dat die uitsluiting ook, en vooral, wijst op sociale gezondheidsdeterminanten. Gebrek aan adequate huisvesting en gezonde voeding, werkloosheid, slechte werkomstandigheden of het gebrek aan een stabiele gevoelsomgeving zijn evenveel factoren die een cruciale invloed op de gezondheid kunnen hebben.