

# ETHEALTH RAPPORT 2020

Naar een gelijkwaardige gezondheidszorg  
voor migranten en etnische minderheden

## Toelichting

Cel Interculturele  
Bemiddeling  
en Beleidsondersteuning

Isabelle Coune, FOD  
Marie Dauvrin, KCE  
Hans Verrept, FOD  
(Red.)








# Update Ethealth 2020

## Toelichting

*We wensen onze oprechte dank te betuigen aan de experts die hebben meegewerkt aan het bijwerken van de ETHEALTH-aanbevelingen.*



# Inhoud

SAMENSTELLING VAN DE EXPERTENGROEP .....	3
HISTORIEK.....	5
Methode .....	11
AANBEVELINGEN .....	13
1. Richtinggevende principes .....	13
2. Voorstelling van de aanbevelingen.....	15
I. De procedures in verband met de dringende medische hulp (DMH) voor personen zonder wettige verblijfsvergunning <b>vereenvoudigen en standaardiseren.</b>	<b>15</b>
II. De verzameling van sociale en gezondheidsgegevens van MEM ontwikkelen.....	18
III. De toegang tot kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg bevorderen.....	21
IV. De samenwerking met tolken intercultureel bemiddelaars in de gezondheidszorg aanmoedigen wanneer er sprake is van een taal en/of culturele barrière.....	24
V. Asielaanvragers en personen zonder wettige verblijfstitel opnemen in het stelsel van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.....	26
VI. Preventie en gezondheidsbevordering voor MEM toegankelijker maken.....	28
VII. Gezondheidswerkers culturele competenties bijbrengen..	32
VIII. De zorg voor kwetsbare groepen verder ontwikkelen. ....	34
IX. Normen voor diversiteitsbeheer in gezondheidsdiensten opstellen.....	36
X. Toezien op de participatie van MEM in het gezondheidszorgsysteem.....	38
XI. Uitwisseling tussen de verschillende actoren van de gezondheidszorg en de sociale sector op nationaal en internationaal niveau stimuleren.....	40
REFERENTIELIJST.....	42
AFKORTINGEN .....	51



# SAMENSTELLING VAN DE EXPERTENGROEP

Malek Ali	Amrouni Aouattah	Ziekenhuiscentrum Jean Titeca, Brussel D'Ici et d'Ailleurs vzw, Brussel
Redouan	Ben Driss	Steunpunt Cultuursensitieve Zorg en CGG Brussel
Farid	Bennassar	VAMOS (Vlaamse Artsen van Marokkaanse Origine), Mechelen
Aziz	Benkhelifa	Belgisch Rode Kruis
Bruno	Buytaert	Vlaams Instituut Gezond Leven
Bégonia	Cainas	UMC Sint-Pieter, Brussel
Isabelle	Coune	FOD Volksgezondheid, Cel Interculturele Bemiddeling en Beleidsondersteuning
Marie Evelien	Dauvrin De Jaegher	KCE en UCL Vlaams Instituut Gezond Leven
Stéphanie	De Maesschalck	UGent



Ilse	Derluyn	UGent
Ria	Dhaeze	Kortenberg Leuven
Louis	Ferrant	Universiteit Antwerpen
Fatima	Hanine	UNIA
Stéphane	Heymans	Dokters van de Wereld
Axel	Hoffman	Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs de Santé Francophones
Coralie	Hublau	Ciré
Ines	Keygnaert	UGent
Brice	Lepière	UCL Mont-Godinne
Vincent	Lorant	UCL
Myriam	Mertens	Belgisch Rode Kruis
Ward	Rommel	Kom op tegen Kanker
Serif	Tezerdi	ZNA
Kathia	Van Egmont	Fedasil (ten tijde van de voorbereiding van het rapport; nu CAAMI)
Hans	Verrept	FOD Volksgezondheid, Cel Interculturele Bemiddeling en Beleidsondersteuning
Dominique	Vossem	D'Ici et d'Ailleurs vzw, Brussel



# HISTORIEK

De gezondheid van migranten en etnische minderheden (MEM) is een van de domeinen waarop het DG Gezondheidszorg zich concentreert in haar missie en haar rol van beleidsontwikkeling. Dit is geen nieuwe bekommernis voor de regering, de overheid en de organisaties op het terrein. Reeds in 1989 stelde het Koninklijk Commissariaat voor het Migrantenbeleid, onder leiding van Paula D'Hondt, voor het eerst aanbevelingen op voor de verschillende overheden die instaan voor een betere integratie van de migrantenpopulaties die in België verblijven. Die aanbevelingen bevatten ook de eerste richtlijnen voor een gezondheidsbeleid voor migranten en etnische minderheden (Koninklijk Commissariaat voor het Migrantenbeleid, 1989).

Op internationaal niveau publiceert WHO Europe in 2010 een beleidsrapport om de gezondheidssystemen te ondersteunen in de strijd tegen etnische gezondheidsverschillen. Het rapport is een aanvulling bij de resolutie van de WHO van 2008 waarin de lidstaten aangespoord worden om een gezondheidsbeleid te voeren dat oog heeft voor migranten en om de gelijke toegang tot de gezondheidszorg voor migranten te bevorderen. Tevens worden het verzamelen van relevante gegevens ten behoeve van de beleidsontwikkeling en de samenwerking tussen de voornaamste stakeholders in dit verband aangemoedigd (resolutie WHA61.17).

Op Europees niveau onthouden we onder meer een reeks richtlijnen over gezondheid en migratie die in de loop van de jaren 2000 door de Europese Unie werden uitgebracht. Die richtlijnen kwamen er naar aanleiding van het 'Migrant



Friendly Hospitals'-project dat tot de Verklaring van Amsterdam van 2004 leidde. Daarin werd voorgesteld om de gezondheidsdiensten aan te passen aan de noden van migranten en etnische minderheden. Ook relevant zijn de aanbevelingen van de Raad van Europa van 2006 en 2011 omtrent gezondheid, culturele diversiteit en migratie en de aanpassing van de gezondheidszorg. Tot slot halen we nog het EUGATE-project aan (Dauvrin & Lorant 2010). Het doel van dit project was om na te gaan of de verschillende richtlijnen effectief in nationale wetgeving werden omgezet.

Na de instroom van een groot aantal asielaanvragers - voornamelijk afkomstig uit Syrië, Irak, Afghanistan en diverse Afrikaanse landen - in 2015, werd Europa geconfronteerd met heel wat uitdagingen, ook op het gebied van gezondheid. De verhoogde instroom van asielaanvragers drukte Europa (opnieuw) met de neus op een rist pijnlijke feiten. Enerzijds stelde men vast dat onze gezondheidszorg niet toegankelijk genoeg is. Dat geldt zeker voor mensen zonder verblijfsvergunning. Anderzijds blijkt dat de gezondheidsdiensten niet in staat te zijn om aan een aantal specifieke gezondheidsnoden tegemoet te komen. Wel werden er op dit vlak verschillen tussen de opvanglanden onderling vastgesteld (MIPEX 2015). Om deze redenen heeft WHO Europe een strategie en een actieplan uitgewerkt om tegemoet te komen aan de met migratie verbonden gezondheidsnoden: het waarborgen van beschikbare, toegankelijke, aanvaardbare en kwaliteitsvolle basisvoorzieningen in transit- en opvangcentra, met inbegrip van gezondheidsdiensten en sociale diensten, en parallel daarmee, het garanderen van basisdiensten zoals watervoorziening en waterzuivering. Bovendien moet op een gepaste manier worden omgegaan met de extra kwetsbaarheid van MEM voor gezondheidsrisico's, de mogelijke blootstelling aan gevaren en stress en moet het verhoogde risico op armoede en sociale uitsluiting, misbruik en geweld, stigmatisering en discriminatie gericht worden aangepakt. Deze strategie maakt deel uit van het Europese beleidskader voor gezondheid en welzijn, Health





2020, en het VN-programma voor duurzame ontwikkeling voor 2030. Naar aanleiding van de beperkingen op de toegang tot gezondheidszorg voor migranten zonder wettig verblijf in sommige EU-lidstaten, werden in het kader van het Equi-Health-project in 2016 bovendien aanbevelingen gepubliceerd om de lidstaten aan te moedigen de fundamentele gezondheidsrechten van deze mensen te vrijwaren. Dit project werd door de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM) en de Europese Unie gefinancierd en in samenwerking met deskundigen van de ADAPT-groep<sup>1</sup> gerealiseerd. Het door de EU gefinancierde SH-CAPAC-project<sup>2</sup> stelde ten slotte ook verscheidene lacunes in de gezondheidssystemen in Europa vast en reikte gerichte acties aan om die weg te werken.

België nam actief deel aan het Equi-Health-project, de Migration, Equity, Diversity (MED) Task Force van het Health Promoting Hospitals (HPH)-netwerk van de WHO en het SH-CAPAC-project en bekrachtigde eveneens de Europese richtlijnen<sup>3</sup> en de richtlijnen van de WHO voor een betere gezondheidszorg voor kwetsbare groepen waaronder de MEM. Bovendien financiert de FOD Volksgezondheid sinds 1999 intercultureel bemiddelaars in acute ziekenhuizen en sinds 2002 ook in psychiatrische ziekenhuizen om culturele en taalbarrières in de gezondheidszorg weg te nemen. In 2009 werd het startsein gegeven voor een proefproject waarbij intercultureel bemiddelaars via videoconferentie worden gefinancierd om het bemiddelingsaanbod uit te breiden naar alle ziekenhuizen die dat wensen. Onlangs werd dit project ook opengesteld voor huisartsen en vluchtelingencentra. Daarnaast maakte het RIZIV in

- 1 ADAPT: Adapting European Health System to Diversity maakt deel uit van het European Cost Action ISO 603-programma; het doel was om de belemmeringen voor de uitvoering van acties ter bestrijding van ongelijkheden in de gezondheidszorg in kaart te brengen.
- 2 SH-CAPAC: Supporting Health Coordination, Assessments, Planning, Access to Health Care and Capacity Building in Member States Under Particular Migratory Pressure
- 3 Richtlijnen 2001/85/EG; 2003/9/EG; 2003/109/EG; 2004/38/EG; 2004/83/EG; 2004/81/EG; 2011/24/EG



2016 een budget vrij om dit proefproject verder uit te breiden naar nog meer huisartsen. Tegelijkertijd werden tal van aanbevelingen over de gezondheid van MEM aan de betrokken ministers voorgelegd, waarvan er relatief weinig uitmondde in concrete acties, waaronder de EtHealth-aanbevelingen (2011), het Witboek dat in 2014 door het RIZIV werd uitgebracht en waarin vijf prioritaire aanbevelingen worden gedaan om de toegang tot zorg voor kwetsbare personen te bevorderen, en de aanbeveling van UNIA van 2016 over de integratie van culturele vaardigheden in de opleiding van verpleegkundigen.

Wat de aanbevelingen van de EtHealth-groep betreft, werd in 2011 op vraag van de toenmalige minister van Volksgezondheid (Laurette Onkelinx) en de toenmalige directeur-generaal van het DG Gezondheidszorg van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid (Christiaan Decoster) een experten-werkgroep opgericht. Die werd voorgezeten door de professoren V. Lorant en I. Derluyn. Deze groep heeft een aantal aanbevelingen gedaan om etnische gezondheidsverschillen terug te dringen. Het verslag bevatte 46 aanbevelingen die in overleg met de bevoegde besturen op de verschillende bevoegdheidsniveaus moesten worden uitgerold. De inhoud van dit verslag werd meermaals geciteerd en er is ook een artikel over verschenen in een internationaal tijdschrift<sup>4</sup>.

Aansluitend bij dit verslag werden, onder het voorzitterschap van het kabinet van minister Laurette Onkelinx, verschillende interkabinetten bijeenkomsten georganiseerd ('IKW Ethealth'). De bedoeling van die bijeenkomsten was om na te gaan in welke mate het mogelijk is om de aanbevelingen effectief naar de praktijk te vertalen. Tijdens die vergaderingen werd onder meer onderzocht of het mogelijk is om gegevens over de gezondheid van MEM te verzamelen. Aangezien het verzamelen van vertrouwelijke gegevens een controversieel onderwerp bleek tijdens de vergaderingen met de kabinetten, werd aan het KCE

<sup>4</sup> Artikel gepubliceerd in BMC Public Health in 2012 door Dauvrin & al.



gevraagd om te onderzoeken welke gegevens precies moeten worden verzameld, hoeveel variabelen aan de bestaande gegevens moeten worden toegevoegd en welke juridische procedures moeten worden doorlopen om dit mogelijk te maken. Helaas is dit onderzoek door het KCE niet weerhouden. Dat betekent dat we op dit moment niet over gegevens over MEM en hun gezondheidszorg beschikken die meer inzicht zouden kunnen geven in het gebruik van gezondheidsdiensten en het gezondheidsgedrag van deze groep.

De aanbeveling betreffende de deelname van overheidsinstanties aan internationale interculturele gezondheidszorgnetwerken kon daarentegen wel worden uitgevoerd. Zo gaven de minister van Volksgezondheid en de directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid de Cel Interculturele Bemiddeling en Beleidsondersteuning de opdracht om deel te nemen aan de ontwikkeling en toetsing van de 'Equity Standards' (MFH Task Force) voor ziekenhuizen. In totaal namen zes Belgische ziekenhuizen (5 Nederlandstalige en 1 Franstalig) deel aan de toetsing van de Equity Standards. De resultaten werden tijdens een bijeenkomst in Bologna door alle ziekenhuizen uit de verschillende deelnemende landen voorgesteld. Op basis van die resultaten heeft het HPH-netwerk van de WHO de oprichting goedgekeurd van een nieuwe taskforce, namelijk de MED (Migration, Equity and Diversity) Task Force, die de standaarden moet herzien en verspreiden. Momenteel hebben tien Nederlandstalige en drie Franstalige ziekenhuizen zich al aangemeld om hun intern diversiteitsbeleid te evalueren aan de hand van de Equity Standards-tool. De Cel Interculturele Bemiddeling en Beleidsondersteuning is lid van het Wetenschappelijk Comité voor dit project en coördineert het voor België.

Een van de aanbevelingen in het EtHealth-verslag van 2011 was om de coördinatie tussen de verschillende beleidsniveaus die verantwoordelijk zijn voor gezondheid en de opleiding van zorgverleners te verbeteren. Dit punt



stond op de agenda van de interkabinettengroep, maar werd helaas niet besproken.

Negen jaar na de publicatie van het eerste EtHealth-verslag zijn de meeste aanbevelingen nog steeds actueel en zouden ze dus absoluut moeten worden uitgevoerd. Na de recente migratiegolven van 2015 en 2017 zijn sommige aanbevelingen volgens de deskundigen hoogdringend geworden. De toestroom van asielaanvragers heeft (opnieuw) de tekortkomingen in de toegang tot en de kwaliteit van de zorg voor MEM voor gezondheidswerkers op het terrein en overheden zichtbaar gemaakt. De a posteriori evaluatie van het proces van het eerste EtHealth-verslag heeft ook enkele belemmeringen voor de uitvoering van de voorgestelde aanbevelingen aan het licht gebracht (Dauvrin & al., 2012). Op beleidsniveau werd de volledigheid van het verslag gewaardeerd. Er was echter ook kritiek op de theoretische inhoud en het ontbreken van een bepaling van de prioritair aan te pakken problemen en de prioritair uit te voeren acties. Op basis van deze eerste ervaring en de expertise die de voorbije jaren in België werd opgebouwd, beoogt dit tweede EtHealth-verslag aanbevelingen te doen in volgorde van prioriteit en voor elk daarvan concrete prioritaire acties te bepalen die uitvoerbaar zijn in de Belgische context.



# Methode

Het ETHEALTH-rapport voor een beleid voor migranten en etnische minderheden in de gezondheidszorg (MEM), geschreven in 2011 door academische vertegenwoordigers en een groep geïnterviewde experts, is bijgewerkt in het licht van nieuwe ontwikkelingen op het domein van de gezondheidszorg voor MEM.

De FOD Volksgezondheid organiseerde vervolgens een eerste bijeenkomst met de deskundigen die aan het eerste verslag hebben meegewerkt, om te peilen naar hun mening over de mogelijke actualisering van de aanbevelingen van 2011.

In een eerste fase werden in de loop van oktober 2017 twee vergaderingen gehouden: één met de Nederlandstalige experts en één met de Franstalige experts. Tijdens die vergaderingen werd gewezen op de troeven en de verbeterpunten van het eerste verslag, werd de balans opgemaakt van de prioritaire uitdagingen en werden nieuwe aanbevelingen voorgesteld die in het nieuwe verslag zouden moeten worden opgenomen.

In januari 2018 vond een tweede vergadering met de Nederlandstalige en Franstalige experts samen plaats om concrete acties uit te stippelen voor de uitvoering van de algemene aanbevelingen. De experts schoven voor iedere aanbeveling ook een reeks mogelijke acties naar voren. Na deze vergadering werd in maart 2018 een online enquête naar de experts gestuurd. Er werd aan hen gevraagd om enerzijds de prioriteit van de aanbevelingen te bepalen en anderzijds ook acties toe te voegen die hun uitvoering mogelijk moeten maken. De enquête werd naar 28 experts uitgestuurd, van wie er 20 hebben gereageerd. Aan iedere



expert werd gevraagd om aan elke aanbeveling een cijfer van 1 tot 5 toe te kennen, met 5 als hoogste prioriteit en 1 als laagste prioriteit. De resultaten werden vervolgens geëxporteerd naar een Excel-bestand om ze gemakkelijker te kunnen rangschikken. De aanbevelingen werden gerangschikt volgens de som van de door de experts toegekende scores. Dezelfde methode werd gebruikt om prioritaire acties vast te stellen. De resultaten van deze enquête worden hieronder toegelicht.



# AANBEVELINGEN

Wij willen er hier nadrukkelijk op wijzen dat deze aanbevelingen de visie van de leden van de werkgroep weerspiegelen.

Deze aanbevelingen zijn rechtstreeks gericht aan de regeringen en bevoegde ministers. Ze overstijgen duidelijk de bevoegdheid van de Minister van Volksgezondheid alleen.

Het is het werk van experts die hun aanbevelingen onafhankelijk hebben geformuleerd. Het DG Gezondheidszorg ondersteunde deze activiteiten zowel qua praktische bruikbaarheid als qua inhoud, maar valideerde ze niet. De keuzes om bepaalde aanbevelingen al dan niet op te volgen, zijn in wezen politiek van aard. Als DG willen we de problematiek onder de aandacht brengen van beleidsmakers. We willen ook rekening houden met de aanbevelingen van de onafhankelijke experts. De politieke wil valt buiten de verantwoordelijkheid van de DG. Op basis van toekomstige beleidsrichtingen kunnen en zullen we actief bijdragen aan het verhelderen van aspecten van haalbaarheid, duurzaamheid en randvoorwaarden.

## 1. Richtinggevende principes

De volgende richtinggevende principes waren de leidraad bij het opstellen van de aanbevelingen:

- (1) Een intersectorale visie, met inbegrip van de sociale gezondheidsdeterminanten en voorstellen voor acties ter versterking van het sociaaleconomische statuut van MEM (huisvesting, werk enz.) dient aan de basis te liggen van het gezondheidsbeleid.



Heel wat studies die in België en in het buitenland werden uitgevoerd, hebben immers aangetoond dat de gezondheidstoestand van MEM doorgaans zorgwekkender is dan die van de bevolking zonder migratieachtergrond (Smedley 2003; Bhopal 2014). Dit verschil is deels te verklaren door hun minder gunstige sociaaleconomische situatie, maar ook door andere risicofactoren zoals traumatische ervaringen, een onzeker verblijfsstatuut, sociale en sociaal-demografische kenmerken, racisme en discriminatie (EtHealth 2011). In dit document wordt evenwel vooral aandacht besteed aan interventies en beleidsaspecten op het niveau van de gezondheidszorg.

- (2) De principes 'gezondheid in elk beleid' en het 'proportioneel universalisme' werden in alle onderstaande aanbevelingen meegenomen. De strategie van de WHO rond 'gezondheid in elk beleid' (2013) heeft tot doel te peilen naar de impact van elk overheidsbeleid op gezondheid, welzijn en gezondheidsdeterminanten. Het 'proportioneel universalisme', dat door Michael Marmot in zijn verslag over gezondheidsongelijkheden (Marmot 2010) wordt vooropgesteld, heeft dan weer als doel de twee benaderingen 'universeel' en 'gericht' te combineren, zodat de hele bevolking toegang heeft tot preventie- en zorgprogramma's, waarbij evenwel bijzondere aandacht wordt besteed aan de meest kwetsbare bevolkingsgroepen. Het doel is om de kloof tussen de verschillende groepen te verkleinen en rekening te houden met de behoeften van elke groep. Het proportioneel universalisme is een inspirerend beginsel voor een rechtvaardig sociaal beleid, omdat het zowel gericht is op het corrigeren van pijnpunten (leerproblemen, gezondheidsproblemen enz.) als op het verminderen van ongelijkheden. Beide principes werden intussen ingebouwd in de





preventie- en gezondheidsbevorderingsplannen van de deelstaten (Protocolakkoord Preventie 2016).

- (3) Alle aanbevelingen hangen onderling samen en moeten op een transversale manier worden gelezen. Om het overzicht te bewaren hebben we de aanbevelingen verticaal voorgesteld, maar ze zijn dus onderling afhankelijk van elkaar en kunnen niet los van elkaar worden gezien. Zo kan een betere kennis van de gezondheid van MEM door middel van een oordeelkundige verzameling van sociale en gezondheidsgegevens bijdragen tot gerichtere preventie- en gezondheidsbevorderingscampagnes.

## 2. Voorstelling van de aanbevelingen

De onderstaande aanbevelingen zijn gerangschikt volgens de door de deskundigengroep vastgestelde prioriteiten. Voor aanbevelingen met dezelfde prioriteit werd ervoor gekozen om deze in de meest logische volgorde voor te stellen. Voor iedere aanbeveling wordt het bevoegdheidsniveau aangegeven en wordt een instantie voorgesteld die zal instaan voor de uitvoering van de aanbeveling en/of actie.

1. *De procedures in verband met de dringende medische hulp (DMH) voor personen zonder wettige verblijfsvergunning vereenvoudigen en standaardiseren.*

### Bevoegdheidsniveau:

Minister belast met Maatschappelijke Integratie

### Stuurgroep:

POD Maatschappelijke Integratie



### Andere partners:

RIZIV, HZIV, OCMW's, vertegenwoordigers van de zorginstellingen en gezondheidswerkers

### Prioriteit: 1

#### Situering/Probleemstelling

De expertengroep heeft aan deze aanbeveling dezelfde prioriteit toegekend als aan het verzamelen van sociale en gezondheidsgegevens, d.w.z. de maximumscore. De hervorming van de DMH, die in maart van dit jaar door de Kamer van Volksvertegenwoordigers werd goedgekeurd, biedt volgens de deskundigen geen oplossing voor de hieronder beschreven problemen.

Deze eerste aanbeveling stelt voor om voort te bouwen op de resultaten van de uitgebreide studies die het KCE in 2015 en 2019 hierover heeft uitgevoerd. In het rapport van het KCE wordt de nadruk gelegd op de troeven en verbeterpunten van het huidige systeem en worden oplossingen aangereikt om de praktijken in verband met DMH te stroomlijnen om zoveel mogelijk begunstigen te bereiken en de kosten strikter te bewaken.

Zoals het KCE in zijn rapport al aangeeft, wordt *“DMH vaak geïnterpreteerd als ‘dringende zorgen’”*. Deze ambiguïteit kan het gebruik van de zorgen door mensen zonder wettig verblijf en het beslissingsproces bij zorgverleners en OCMW's beïnvloeden. Dit kan leiden tot een minder goede verzorging, weigering van zorgen of het miskennen van de ernst van bepaalde situaties, in het bijzonder mentale gezondheidsproblemen” (KCE-rapport 2015). Het koninklijk besluit van 12 december 1996 bepaalt evenwel het volgende: *“Dringende medische hulp kan zorgverstrekking omvatten van zowel preventieve als curatieve aard”*.

Verscheidene recente studies hebben bovendien aangetoond dat de kosten van het niet behandelen van een ziekte hoger zijn dan de besparingen als gevolg van de beperking van de toegang tot gezondheidszorg



(Bozorgmehr 2015; Trummer 2018; European Union Agency for Fundamental Rights, 2015).

Om deze aanbeveling naar de praktijk te vertalen, stelt de deskundigengroep de volgende acties voor:

**Actie 1. Het gebruik van de medische kaart die toegang geeft tot zorg voor een bepaalde periode veralgemenen.**

Deze aanbeveling kan worden verwezenlijkt door de maatregelen die in het KCE-rapport van 2015 naar voren worden geschoven effectief uit te voeren:

- *“Het OCMW levert een individuele kaart af bij aanvraag van zorg; de eerstelijnszorg wordt tijdens het sociaal onderzoek gedekt.*
- *De kaart is één jaar geldig bij een gunstig sociaal onderzoek.*
- *De medische kaart kan al uitgereikt worden als er geen ziekte wordt vastgesteld.*
- *De lijst van de gedekte zorgen is identiek voor alle mensen zonder wettig verblijf en kan gebaseerd zijn op de lijst die geldt voor de asielaanvragers.”*

**Actie 2. De rechten op dringende medische hulp openen voor het hele gezin i.p.v. individueel.**

**Actie 3. Een technisch en overlegcomité instellen om de hervorming van de DMH te sturen en voortdurend te evalueren.**

Het comité kan bestaan uit vertegenwoordigers van de volgende instellingen:

- *POD Maatschappelijke Integratie*
- *FOD Volksgezondheid*
- *RIZIV*
- *HZIV*
- *Vereniging van Steden en Gemeenten*



- *Vertegenwoordigers van gebruikers*
- *Vertegenwoordigers van gezondheidswerkers*

- Actie 4.** Het systeem met het requisitoir afschaffen.
- Actie 5.** Een referentielijst opstellen van de tools die gemeenschappelijk zijn voor alle OCMW's.
- Actie 6.** Toezicht houden op de praktijken van de OCMW's bij de toekenning van DMH.

Het meest recente KCE-rapport over dit thema (2019) kan worden ingekeken op: <https://www.kce.fgov.be/en/asylum-seekers-in-belgium-options-for-a-more-equitable-access-to-health-care-a-stakeholder>

## II. *De verzameling van sociale en gezondheidsgegevens van MEM ontwikkelen.*

### **Bevoegdheidsniveau:**

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, ministers van de deelstaten belast met sociale actie en gezondheid

### **Stuurgroep:**

FOD Volksgezondheid

### **Andere partners:**

WIV, KCE, RIZIV, IMA

### **Prioriteit: 1**

### **Situering/Probleemstelling**

In het vorige verslag werd reeds gewezen op het belang van gegevensverzameling om het gezondheidsbeleid toe te spitsen op de meest kwetsbare groepen en de doeltreffendheid van het gevoerde beleid te evalueren. Over die gegevensverzameling werden heel wat internationale aanbevelingen uitgebracht (WHO, Raad



van Europa, EUGATE) vermits dit essentieel is als we de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg voor MEM op lange termijn willen verbeteren, zowel op het niveau van de besluitvorming over de uit te voeren acties als op het niveau van de evaluatie van de uitgevoerde acties (Bhopal 2014, Kluge 2012).

Het Belgische gezondheidssysteem verzamelt al heel wat informatie over de gezondheid en de gezondheidstoestand van personen die onder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering vallen. Het is mogelijk om deze gegevens te koppelen aan andere gegevens over de herkomst van patiënten en ze te analyseren, zoals bij andere gezondheidsonderzoeken die in België en in het buitenland worden uitgevoerd. Op die manier wordt het mogelijk om meer inzicht te krijgen in gezondheidsgedrag, zorgconsumptie en het effect van preventiecampagnes.

Bepaalde groepen die gebruikmaken van het gezondheidszorgsysteem vallen echter niet onder het stelsel van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, met name asielaanvragers in opvangcentra of gesloten centra, personen zonder wettige verblijfsvergunning en personen in transit. Voor die doelgroepen zijn op nationaal niveau weinig of geen gegevens beschikbaar. Sommige van hen zijn ingeschreven bij een OCMW, anderen worden geholpen door Fedasil of het Rode Kruis en weer anderen gaan naar een medisch centrum waar ze worden geregistreerd, zoals bijvoorbeeld raadplegingen bij Dokters van de Wereld. Er zijn dus deels wel gegevens beschikbaar, maar die zijn versnipperd over verschillende databases, waardoor er geen algemeen beeld kan worden geschetst van de sociale en gezondheidssituatie, de toegang, de kwaliteit en de billijkheid van de gezondheidszorg bij de meest kwetsbare MEM. Een bundeling van deze gegevens is absoluut noodzakelijk om het gezondheidsbeleid beter te kunnen sturen.



Om deze aanbeveling naar de praktijk te vertalen, stelt de deskundigengroep de volgende acties voor:

**Actie 1. Sociale en gezondheidsgegevens in de gezondheidszorg verzamelen voor personen die onder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering vallen.**

Concreet wordt aangeraden/voorgesteld/ gevraagd om:

- *Een volledige inventaris op te maken van de bestaande gezondheids- en zorggegevens voor MEM.*
- *Aan de nationale gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) een extra steekproef van MEM toe te voegen om het statistische vermogen van de analyses te verhogen, aangezien de huidige steekproef onvoldoende is om voldoende relevante resultaten op te leveren.*
- *De groep van MEM op te nemen in de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem.*

**Actie 2. Sociale en gezondheidsgegevens in de gezondheidszorg verzamelen voor personen die niet onder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering vallen, zoals de meeste asielaanvragers, personen zonder verblijfsvergunning en personen in transit.**

Deze aanbeveling kan worden verwezenlijkt door middel van de volgende acties:

- *Een volledige inventaris opmaken van de bestaande gezondheids- en zorggegevens voor MEM die niet onder de regulieren ziekte en invaliditeitsverzekering vallen (bijv. raadplegingen*



- bij Dokters van de Wereld, gegevens van opvangcentra over asielaanvragers, sociale gegevens van OCMW's enz.)*
- *Een reeks gemeenschappelijke indicatoren opstellen (of bijwerken) voor alle verenigingen en/of instellingen die personen opvangen die geen deel uitmaken van het stelsel van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering voor het opvolgen van de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg voor MEM buiten de reguliere ziekte en invaliditeitsverzekering.*

### III. De toegang tot kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg bevorderen.

#### **Bevoegdheidsniveau:**

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, ministers van de deelstaten belast met geestelijke gezondheid

#### **Stuurgroep:**

FOD Volksgezondheid

#### **Andere partners:**

Vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheidssector, RIZIV en deelstaten belast met geestelijke gezondheid

#### **Prioriteit: 3**

#### **Situering/Probleemstelling:**

Deze aanbeveling wordt aangemerkt als de derde prioritaire aanbeveling. Momenteel zijn er onvoldoende cijfergegevens voorhanden over de noden van MEM op het gebied van geestelijke gezondheid en over de beschikbaarheid van passende geestelijke gezondheidszorg. Aan de hand van deze cijfers zouden de bevoegde instanties hierop kunnen inspelen door het zorgaanbod af te stemmen op de praktische noden en kunnen onnodige kosten in verband



met ziekenhuisopname en een zwaardere behandeling vermeden worden.

De expertengroep heeft echter een aantal problemen vastgesteld met betrekking tot de toegang tot geestelijke gezondheidszorg voor MEM. De grote instroom van vluchtelingen in 2015 uit landen in oorlog heeft geleid tot een toename van mentale problemen als gevolg van oorlogstrauma's maar ook van problemen bij het doorlopen van het migratietraject (SH-CAPAC 2017). Vooral buiten de grote steden is er een acuut gebrek aan professionele hulpverleners die geestelijke gezondheidszorg kunnen verstrekken op maat van MEM. Sommige MEM moeten 200 km afleggen voor een afspraak met een psycholoog of psychiater. De gespecialiseerde centra voor migranten zijn overbelast en moeten noodgedwongen patiënten weigeren. Verder stelden de deskundigen vast dat er enerzijds onvoldoende intercultureel bemiddelaars en/of tolken zijn die de taal van de MEM spreken en dat er anderzijds ook een tekort is aan financiële middelen voor tolken en interculturele bemiddeling in gespecialiseerde centra.

Bovendien levert de continuïteit van de zorg voor deze doelgroep vaak problemen op, waardoor het aantal ziekenhuisopnames onder dwang twee keer hoger ligt bij MEM dan bij de Belgische bevolking (Lorant & al. 2007). Dit kan deels worden verklaard door de soms negatieve perceptie van geestelijke gezondheidszorg en de angst voor stigmatisering. Bovendien blijft de toegang tot project 107 voor MEM problematisch, enerzijds omdat hier onvoldoende aandacht aan wordt besteed in de opleiding van gezondheidswerkers en anderzijds door het tekort aan intercultureel bemiddelaars/tolken voor het wegwerken van culturele en taalbarrières.





Om deze aanbeveling naar de praktijk te vertalen, stelt de expertengroep de volgende acties voor:

- Actie 1. De samenwerking met tolken/ intercultureel bemiddelaars in elk onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg aanmoedigen en financieren, ook voor de niet-residentiële zorg (o.m. project 107).
- Actie 2. Diensten voor geestelijke gezondheidszorg opnemen in de forfaitaire financiering van de eerste lijn (in de WGC's).
- Actie 3. De financiële drempel voor psychologische consulten verlagen.
- Actie 4. Het aanbod van aangepaste eerstelijnszorg ook buiten de grote steden uitbreiden om de wachttijden voor een afspraak te verminderen.
- Actie 5. Vrije inloopuren in de ziekenhuizen en/of medische huizen en gespecialiseerde centra invoeren.
- Actie 6. Een globale benadering stimuleren (gezin, werk, onderwijs, huisvesting, ...).
- Actie 7. De behandeling van MEM verbeteren dankzij de bij- en nascholing van gezondheidswerkers in de geestelijke gezondheidszorg (behandeling van PTSS, slachtoffers van marteling, genitale verminking, culturele vaardigheden, ...), in combinatie met de accreditering van gezondheidswerkers.



*IV. De samenwerking met tolken intercultureel bemiddelaars in de gezondheidszorg aanmoedigen wanneer er sprake is van een taal en/of culturele barrière.*

**Bevoegdheidsniveau:**

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, ministers van de deelstaten belast met sociale zaken en gezondheid

**Stuurgroep:**

FOD Volksgezondheid

**Andere partners:**

Gewestelijke vertegenwoordigers in het domein van sociale zaken en gezondheid, RIZIV

**Prioriteit: 2**

**Situering/Probleemstelling:**

Ook deze aanbeveling kreeg van de deskundigengroep een hoge prioriteit. Ze is bovendien transversaal ten aanzien van alle verdere aanbevelingen vermits taal en culturele barrières voor MEM het vaakst voorkomen op alle zorgniveaus. Uit heel wat wetenschappelijke studies blijkt dat de samenwerking met intercultureel bemiddelaars / tolken werkelijk bijdraagt tot de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg voor MEM, en tot meer veiligheid en respect voor de rechten van patiënten (Verrept, 2008; de Moissac & Bowen, 2018). Daarnaast resulteert deze samenwerking ook in een verlaging van de zorgkosten voor de zorgverzekering (Bischoff & Denhaerynck, 2010).

De FOD Volksgezondheid financiert sinds 1999 in de algemene ziekenhuizen en sinds 2002 ook in de psychiatrische ziekenhuizen de aanwerving van intercultureel bemiddelaars om culturele en taalbarrières voor MEM weg te nemen (Verrept 2001 en 2008). Hoewel dit initiatief een echte meerwaarde is voor de toegankelijkheid van ziekenhuisdiensten in België, kunnen niet alle Belgische



ziekenhuizen subsidies krijgen voor de aanwerving van interculturele bemiddelaars.

Binnen de ziekenhuizen zijn patiënten en gezondheidswerkers niet altijd op de hoogte van het bestaan van de interculturele bemiddelingsdienst en de beschikbaarheid van intercultureel bemiddelaars. Daarom is het belangrijk om beter te communiceren over de aanwezigheid van een dergelijke dienst en over de manier waarop die kan worden ingeschakeld. Daarnaast is het ook belangrijk om gezondheidswerkers op te leiden om met een interculturele bemiddelaar samen te werken.

Sinds 2009 zijn intercultureel bemiddelaars ook beschikbaar via videoconferentie. Deze dienst is gratis voor ziekenhuizen, huisartsen en medische diensten van opvangcentra voor asielaanvragers en heeft gezorgd voor een ruimer intercultureel bemiddelingsaanbod in het hele land. Dit neemt niet weg dat interculturele bemiddeling zeer weinig beschikbaar is in de geestelijke gezondheidszorg en in de preventie en gezondheidsbevordering. Hoewel er sociale tolkdiensten bestaan, zijn die vaak moeilijk toegankelijk voor gebruikers omdat er voor bepaalde talen weinig of geen tolken zijn (Somalisch, Pasjtoe, Tigrinya, enz.) en er kosten aan deze dienst zijn verbonden.

Om het werk van de intercultureel bemiddelaars en de organisatie van de interculturele bemiddelingsdiensten beter te kunnen superviseren, heeft de Cel Interculturele Bemiddeling in 2016 een gids opgesteld met praktijknormen voor intercultureel bemiddelaars en hun leidinggevenden (Verrept, Coune 2016). Daarnaast toetst de Cel Interculturele Bemiddeling de taal- en tolkvaardigheden van kandidaat-intercultureel bemiddelaars voordat ze in een ziekenhuis worden tewerkgesteld. Voor bemiddelaars die niet in het bezit zijn van een diploma van sociaal tolk wordt ook een tolkopleiding georganiseerd. Het ontbreekt echter nog steeds aan een erkende opleiding en diploma voor intercultureel bemiddelaars en tolken.



Om deze aanbeveling naar de praktijk te vertalen, stelt de expertengroep de volgende acties voor:

- Actie 1. De kosteloze terbeschikkingstelling van tolken en intercultureel bemiddelaars in het hele gezondheidszorgsysteem ondersteunen, met inbegrip van preventie en gezondheidsbevordering, door het budget te handhaven en uit te breiden.
- Actie 2. Het werken met tolken en intercultureel bemiddelaars opnemen in de bijscholing van gezondheidswerkers, maatschappelijk werkers en in het beheer/beleid van gezondheidsdiensten.
- Actie 3. Nieuwe technologieën, zoals videoconferentie, introduceren bij de sociale tolkdiensten en interculturele bemiddelingsdiensten.
- Actie 4. Het statuut van sociaal tolken en intercultureel bemiddelaars versterken door middel van een aangepaste en erkende opleiding.

*V. Asielzoekers en personen zonder wettige verblijfstitel opnemen in het stelsel van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.*

#### **Bevoegdheidsniveau:**

Minister en staatssecretaris belast met Maatschappelijke Integratie, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

#### **Stuurgroep:**

POD Maatschappelijke Integratie

#### **Andere partners:**

RIZIV, HZIV, FOD Volksgezondheid

#### **Prioriteit: 5**



### Situering/Probleemstelling:

De vijfde en zesde aanbeveling kregen dezelfde score. Voor de duidelijkheid stellen we ze na elkaar voor.

De expertengroep wees op de complexiteit van de verschillende verzekeringsstelsels, die aanleiding geeft tot discriminatie in de gezondheidszorg. Zo worden voor asielaanvragers die in de centra van Fedasil en het Rode Kruis worden opgevangen de noodzakelijke medische kosten volledig gedekt door Fedasil, zonder tussenkomst van de ziekenfondsen. Personen zonder wettige verblijfstitel moeten zich inschrijven bij een OCMW en een requisitorium medische zorg bekomen, waarna de medische kosten door de HZIV worden vergoed wanneer ze via Mediprima werden geregistreerd. Is dat niet het geval, dan neemt de POD Maatschappelijke Integratie de medische kosten via het OCMW ten laste. De medische kosten voor personen die verblijven in een gesloten centrum worden ten laste genomen door de FOD Justitie. NMVB (niet-begeleide minderjarige vluchtelingen) kunnen via hun voogd bij een ziekenfonds worden ingeschreven. Elk stelsel volgt verschillende regels voor vergoeding en de verstrekking van medische zorgen (MIPEX 2014). Sommige zorgen, zoals thuiszorg, worden evenwel niet ten laste genomen. Bovendien geeft iedere wijziging in het statuut van de betrokkene aanleiding tot een aanpassing van de verzekerbaarheid van de gezondheidszorg: sommige zorgen (bijv. in de ambulante GGZ) die voor asielaanvragers wel worden vergoed, worden voor erkende vluchtelingen niet meer of slechts deels terugbetaald. Aangezien deze personen bovendien niet over een elektronische identiteitskaart beschikken, kunnen ze niet in het e-healthsysteem worden ingevoerd, wat problemen oplevert voor de opvolging van hun behandeling na ziekenhuisopname en tot ernstige gevolgen kan leiden bij overschakeling naar het elektronisch voorschrift. Ze beschikken evenmin over een centraal medisch dossier, zodat het verzamelen van sociale en gezondheidsgegevens voor deze doelgroep zeer moeilijk blijkt (Groenboek 2014).



Omwille van al die verschillende verzekeringsstelsels ondervinden gezondheidswerkers ook heel wat problemen om hier wegwijs uit te raken en hebben zij niet altijd de garantie dat de door hen verstrekte zorgen betaald zullen worden: MEM moeten verplicht een requisitorium medische zorg bekomen ter verantwoording van de zorgen en/of de gezondheidswerker moet een overeenkomst ondertekenen met een opvangcentrum voor asielaanvragers (MIPEX 2014).

Om deze aanbeveling naar de praktijk te vertalen, stelt de expertengroep de volgende acties voor:

- Actie 1. Iedereendieop hetBelgischegrondgebiedverblijft opnemen in het verplichte verzekeringsstelsel onder de verantwoordelijkheid van het RIZIV om parallelle verzekeringsstelsels uit te schakelen.
- Actie 2. De hele bevolking aanwezig op het Belgische grondgebied toegang geven tot gezondheidszorg door de toekenning van een identiteitskaart of een andere identificatiekaart die compatibel is met de e-healthdatabase.
- Actie 3. De betaling van de door gezondheidswerkers verstrekte zorgen garanderen.

*VI. Preventie en gezondheidsbevordering voor MEM toegankelijker maken.*

#### **Bevoegdheidsniveau:**

Ministers bevoegd voor preventie en gezondheidsbevordering op het niveau van de deelstaten

#### **Stuurgroep:**

Besturen belast met preventie en gezondheidsbevordering in de deelstaten



### **Andere partners:**

Partnerorganisaties van de overheid voor gezondheidsbevordering en preventie zoals het Vlaams Instituut Gezond Leven, ziekenfondsen, regionale en lokale netwerken zoals Logo's en huisartsenkringen, medische huizen, verenigingen die werken rond preventie en gezondheidsbevordering, ONE/Kind & Gezin, gezinsplanning, Centres locaux de promotion de la santé (CLPS).

### **Prioriteit: 5**

#### **Situering/Achtergrond:**

Aanbevelingen 7 en 8 behaalden dezelfde prioriteitsscore. Om het overzicht te bewaren, worden ze na elkaar voorgesteld.

In de literatuur zijn heel wat studies over het verband tussen preventie en MEM te vinden (Rosano & al., 2017; Ingleby & al., 2005 ; Arnold, 2012). Daaruit blijkt

Daaruit blijkt dat MEM's een verhoogd risico hebben op leefstijlaandoeningen zoals type 2 diabetes, obesitas en cardiovasculaire problemen. Ook stellen we een gebrekkige opvolging van bepaalde chronische ziekten vast (Liu & al., 2016). Zowel methodieken en campagnes voor gezondheidsbevordering als het aanbod en de sensibilisering voor ziekte preventie blijken minder vlot toegankelijk voor MEM's, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de deelnamecijfers voor mammografie of vaginaal uitstrijkje.

Onderzoek benoemt tal van barrières en sociale determinanten die te maken hebben met leefsituatie, cultuur of opleiding die ervoor zorgen dat preventie- en gezondheidsbevorderende boodschappen niet doordringen of in praktijk (kunnen) gebracht worden (Ingleby, 2012). Interventies die voor specifieke groepen opgezet werden, hebben een erg beperkt bereik. Preventiecampagnes dienen daarom zowel inhoudelijk cultuursensitief ontwikkeld te worden, als naar vorm toegankelijk gemaakt en aansluitend



bij de diversiteit in de samenleving. Daarbij dient het genoemde principe van proportioneel universalisme tot uitgangspunt. (Marmot, 2012)

De studie van het KCE over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem in 2015 benadrukt dat de internationaal vastgelegde preventiedoelstellingen in België niet altijd worden gehaald. Het lijkt er inderdaad op dat de vaccinatiegraad bij jongeren soms onder de aanbevelingen blijft (bijv. mazelen bij adolescenten) en dat de screening op borst- en baarmoederhalskanker onvoldoende is. Daarnaast waarschuwt het verslag in verband met gezondheidsbevordering voor het volgende: *“Verschillende aspecten van onze gezondheids promotie leveren zwakke resultaten op. Zo stagneert obesitas bij volwassenen, is er nog altijd een hoge prevalentie van dagelijkse rokers, is er te weinig lichaamsbeweging en risicovolle alcoholconsumptie bij jonge mannen”*. Een recente studie van Rosano & al. (2017) over de toegankelijkheid van preventiediensten stelt dat het in België voor niet-Europese migranten moeilijker is om toegang te krijgen tot deze diensten in vergelijking met andere Europese landen.

Deze vaststellingen verklaren mee de hardnekkige socio-economische gezondheidsongelijkheid, die zich zowel in verschillen van levensduur als in verschillen in gezonde levensjaren uit. (WIV, gezondheidsenquêtes) Dit hangt samen met onvoldoende gezondheidsgeletterdheid [health literacy, ook vertaald als gezondheidsvaardigheden] bij de bevolking” (rapport over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem, KCE, 2015). Bij laaggeschoolden loopt het percentage van mensen met lage of onvoldoende gezondheidsvaardigheden in België op tot meer dan de helft. (Vandenbroucke et al., 2016) Sensibilisering en preventie dienen hiermee veel sterker rekening te houden. Het is belangrijk om op te merken dat er te weinig cijfergegevens voorhanden zijn over MEM en preventie. Die zouden nochtans nuttig zijn om de preventiecampagnes op de kenmerken van deze doelgroepen toe te snijden. Liu & al. (2016) wijzen





in hun onderzoek naar gezondheidsbevordering voor etnische minderheden immers op het belang van cultureel aanvaardbare boodschappen op maat van de beoogde doelgroep en interventies die rekening houden met de culturele gevoeligheden van deze bevolkingsgroepen. Daartoe is het van essentieel belang dat tools voor preventie en gezondheidsbevordering worden ontwikkeld in samenwerking met vertegenwoordigers van de doelgroepen. Sommige verenigingen, zoals Cultuur en Gezondheid in Brussel of Gezond Leven en Sensoa in Vlaanderen, werken hier al aan, maar deze initiatieven zouden beter en ruimere implementatie en bekendheid moeten krijgen.

Om deze aanbeveling naar de praktijk te vertalen, stelt de expertengroep de volgende acties voor:

- Actie 1. Lokale preventieprojecten ondersteunen die worden ontwikkeld in samenwerking met de gemeenschappen in de wijkgezondheidscentra en verenigingen op het terrein en deze opnemen in de eerstelijnszorg.
- Actie 2. Cultuursensitieve boodschappen en campagnes op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering lanceren in samenwerking met vertegenwoordigers van de doelgroepen.
- Actie 3. Zoveel mogelijk vertegenwoordigers van de doelgroepen betrekken bij de testpanels voor preventie- en gezondheidsbevorderingscampagnes.
- Actie 4. De financiering van organisaties die ijveren voor preventie en gezondheidsbevordering handhaven door toepassing van het principe van het proportioneel universalisme.



- Actie 5.** Mensen met een migrantenachtergrond betrekken bij 'patiënt als partner'-projecten en als ervaringsdeskundigen met het oog op de ontwikkeling en uitvoering van acties op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering.
- Actie 6.** Het aanbod van cultureel competente gezondheidswerkers versterken in de eerstelijnszorg en in de sector van de preventie (verpleegkundigen gespecialiseerd in gemeenschapsgezondheid, sociaal verpleegkundigen enz.).

## VII. *Gezondheidswerkers culturele competenties bijbrengen.*

### **Bevoegdheidsniveau:**

Ministers belast met hoger onderwijs in de deelstaten, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

### **Stuurgroep:**

Universiteiten, hogescholen en onderwijsinstellingen voor sociale promotie

### **Andere partners:**

FOD Volksgezondheid, RIZIV, ziekenhuizen

### **Prioriteit: 4**

### **Situering/Probleemstelling:**

In het vorige verslag werd de opleiding van gezondheidswerkers in culturele competentie al beschouwd als een essentieel onderdeel van de ontwikkeling van cultuur sensitieve zorg. Wanneer de hulpverlener geen kennis heeft van, en wanneer nodig, geen rekening houdt met de waarden en overtuigingen van MEM is het mogelijk dat het zorgproces moeizamer verloopt en dit kan een impact hebben op de toegankelijkheid van de zorg voor



deze doelgroep (Verrept, 2008). Opvattingen,, gedragingen, tradities en geloofsovertuigingen, opleidingsniveau en inkomen, organisatie van de zorg in het land van herkomst hebben een belangrijke invloed op de verwachtingen en standpunten van MEM met betrekking tot gezondheidszorg.

In het kader van het 'Migrant Friendly Hospitals'-project werd al in 2004, na een evaluatie in 50 proefziekenhuizen, aanbevolen om gezondheidswerkers culturele vaardigheden bij te brengen. Het Europese MEM-TP-project biedt verschillende opleidingsmodules aan om de culturele competentie van het zorgpersoneel aan te scherpen. In 2016 raadde Unia aan om in de opleiding van verpleegkundigen ook aandacht te besteden aan het aanleren van culturele competentie en meer recent nog drong het FUCID (Forum Universitaire pour la Coopération Internationale au Développement) er bij de faculteit Geneeskunde van Namen op aan om culturele competentie op te nemen in het curriculum van geneeskundestudenten. Hoewel de verschillende universiteiten en hogescholen activiteiten rond diversiteit organiseren, zijn die meestal ad hoc of in een beperkt aantal lessen en worden ze nog niet overal standaard opgenomen in het opleidingsprogramma. Bovendien zouden toekomstige zorgverleners meer mogelijkheden moeten hebben om met diversiteit te leren omgaan, met name door het stageaanbod uit te breiden zodat studenten praktijkervaring kunnen opdoen in uiteenlopende omgevingen zoals opvangcentra voor asielaanvragers, wijkgezondheidscentra of stages in het buitenland.

Deze aanbeveling omvat een bijsturing van de basisopleiding van gezondheidswerkers, van bij- en nascholing op de werkplek, maar ook van de integratie van diversiteitsbeheer in opleidingen voor ziekenhuisbeheer, met name door de opleiding van leaders (invloedrijke personen binnen een ziekenhuisdienst), zoals uiteengezet in de studie van Dauvrin & Lorant (2015).



Om deze aanbeveling naar de praktijk te vertalen, stelt de expertengroep de volgende acties voor:

- Actie 1. Culturele competenties transversaal in de curricula van gezondheidswerkers opnemen
- Actie 2. De plaatsen waar praktijkopleidingen worden gegeven diversifiëren (stages in opvangcentra, wijkgezondheidscentra enz.), verworven kennis en vaardigheden evalueren en interculturele ervaringen aanmoedigen (Erasmus/stages in het buitenland).
- Actie 3. Het aanbod voor het aanleren van culturele competenties verder ontwikkelen en opnemen in de accrediteringsprocedure van gezondheidswerkers.
- Actie 4. In de managementopleidingen voor zorginstellingen aandacht besteden aan diversiteitsmanagement.

### VIII. De zorg voor kwetsbare groepen verder ontwikkelen.

#### **Bevoegdheidsniveau:**

Bevoegde ministers van de deelstaten, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

#### **Stuurgroep:**

Deelstaten

#### **Andere partners:**

FOD Volksgezondheid, ONE/Kind & Gezin, RIZIV, gezinsplanning, medische huizen, OCMW's, vzw's – NGO's

#### **Prioriteit: 5**



### Situering/Probleemstelling:

De expertengroep identificeerde twee groepen van personen waarvoor specifieke zorg georganiseerd moet worden: vrouwen en hun kinderen en NBMV.

Vrouwelijke MEM worden in de gezondheidszorg immers dubbel gediscrimineerd: op basis van hun geslacht en op basis van het feit dat ze MEM zijn. In het EtHealth-rapport 2011 werd reeds gewezen op de risico's waaraan vrouwelijke MEM zijn blootgesteld. Het gaat onder meer om risico's in verband met zwangerschap en bevalling, seksueel geweld en genitale verminking (VGV). In dit verband is het belangrijk om een gerichte opvolging voor vrouwelijke MEM te organiseren en gezondheidswerkers op te leiden in het detecteren en behandelen van gezondheidsproblemen als gevolg van seksueel geweld en genitale verminking (Keygnaert, 2017; Dieleman, 2010; Dubourg & Richard, 2018).

Na de toestroom van migranten in 2015, kwamen ook heel wat niet-begeleide minderjarigen in ons land aan, tot wel 8 per dag volgens het platform Kinderen op de vlucht<sup>5</sup>. Voor de jaren 2016 en 2017 gaat het voornamelijk om jongens uit Afghanistan, Guinee en Syrië (statistieken van de dienst Vreemdelingenzaken). Deze jongeren hebben vaak al een zeer moeilijk leven achter de rug, met heel wat trauma's; soms zijn ze slachtoffer geworden van seksueel geweld of komen ze uit uit elkaar gerukte gezinnen. Ze kampen vaak met mentale problemen: posttraumatisch stressyndroom, depressie, psychose, algemene angstgevoelens,... Het detecteren en behandelen van die psychische gezondheidsproblemen zou voor deze groep een prioriteit moeten zijn (De Graeve & al., 2017).

Bovendien komen de meesten uit een cultuur die ver af staat van onze westerse cultuur, begrijpen ze niet altijd

5 Platform Kinderen op de vlucht: <http://www.kinderenopdevlucht.be/nl/dossiers-thematiques/nbm/definitie-en-statistieken-1/>



hoe de Belgische instellingen werken en gaan ze niet meer naar school. Zodra ze de leeftijd van 18 jaar hebben bereikt, worden ze niet langer als NBMV beschouwd en hebben ze dus geen recht meer op de voor hen voorbehouden steun (De Graeve & al. 2017). Daarnaast zijn NBMV vaak het doelwit van (seksuele) uitbuitingsnetwerken en lopen ze een groot risico om vermist te geraken (Child Focus, 2016).

Om deze aanbeveling naar de praktijk te vertalen, stelt de expertengroep de volgende acties voor:

- Actie 1. Een aanpak gericht op gezondheid en gezondheidsdeterminanten ontwikkelen voor zwangere vrouwen en hun baby's in een zeer precare situatie.
- Actie 2. Een geïntegreerde en intersectorale benadering hanteren ter ondersteuning van NBM's (niet-begeleide minderjarigen).
- Actie 3. De opleiding van gezondheidswerkers en maatschappelijk werkers omtrent seksueel geweld en genitale verminking (blijvend) financieren.
- Actie 4. De continuïteit van de zorg waarborgen dankzij een centraal medisch dossier (op Europees niveau) dat toegankelijk is voor migranten in transit.

*IX. Normen voor diversiteitsbeheer in gezondheidsdiensten opstellen.*

**Bevoegdheidsniveau:**

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

**Stuurgroep:**

FOD Volksgezondheid



## Andere partners:

Ziekenhuizen, universiteiten, deelstaten

## Prioriteit: 6

### Situering/Probleemstelling:

Hoewel deze aanbeveling voor de experts een lagere prioriteit lijkt te hebben, maakt ze evenwel de integratie van de andere aanbevelingen mogelijk, zoals het inzetten van tolken en intercultureel bemiddelaars, de verzameling van gegevens, preventie, participatie, de voortgezette opleiding van gezondheidswerkers en netwerking binnen een algemeen beleid dat mikt op een gezondheidszorg waarin iedereen gelijk worden behandeld, op alle zorgniveaus. Bovendien is deze aanbeveling niet alleen bedoeld voor MEM, maar houdt ze rekening met alle personen die gebruik maken van het Belgische gezondheidssysteem, onder wie ook personen met een handicap.

In 2014 namen enkele Belgische ziekenhuizen deel aan de toetsing van de door de MFH Task Force ontwikkelde Equity Standards<sup>6</sup>. Daarbij werd gebruik gemaakt van een instrument om de billijke behandeling ('equity') binnen het ziekenhuis te beoordelen aan de hand van vijf thema's: beleid, toegankelijkheid en gebruik van zorg, zorgkwaliteit, participatie en bevordering van equity. Elke standaard is verder onderverdeeld in substandaarden waarvoor het ziekenhuis zichzelf middels een zelfbeoordelingsinstrument een score geeft. De ziekenhuizen moesten vervolgens een plan van aanpak opstellen om hun score voor de standaarden op te trekken. Dit instrument blijkt zeer nuttig voor het evalueren van het equity-beleid binnen de zorginstelling en voor het meten van de vooruitgang die terzake effectief wordt geboekt.

De deelnemende ziekenhuizen wilden een incentive krijgen in de vorm van een label en/of financiële erkenning indien

---

6 In 2017 werd de MFH Task Force omgedoopt tot MED (Migration, Equity, Diversity) Task Force.



ze voldoen aan de normen die in de Equity Standards zijn vastgelegd.

Dit initiatief zou uitgebreid kunnen worden naar eerstelijnszorginstellingen zoals medische centra, centra voor gezinsplanning of centra voor geestelijke gezondheidszorg.

Om deze aanbeveling naar de praktijk te vertalen, stelt de expertengroep de volgende acties voor:

- Actie 1.** Normen voor diversiteitsbeheer opstellen naar het voorbeeld van de Equity Standards van de MED (Migration, Equity, Diversity) Task Force.
- Actie 2.** Een kwaliteitslabel uitbrengen voor instellingen die diversiteitsprojecten ontwikkelen.
- Actie 3.** Zorginstellingen die voldoen aan de diversiteitsnormen financieel belonen.

*X. Toezien op de participatie van MEM in het gezondheidszorgsysteem.*

#### **Bevoegdheidsniveau:**

Ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid in de deelstaten

#### **Stuurgroep:**

LUSS/VPP (patiëntenverenigingen)

#### **Andere partners:**

Ziekenhuizen, medische huizen, gezinsplanning

#### **Prioriteit: 7**

#### **Situering/Probleemstelling:**

De participatie van MEM in het zorgproces moet in alle voorgestelde aanbevelingen worden geïntegreerd.





In veel internationale projecten is de deelname van de doelgroepen aan die projecten een garantie gebleken voor het succes ervan. Als leden van de doelgroep zelf actief deelnemen aan de uitvoering van de voor hen bestemde projecten, voelen zij zich deel van het project, wat extra motiverend werkt.

Om actief aan hun zorg te kunnen deelnemen, moeten de patiënten beschikken over een goede kennis van de organisatie van de zorg in België en moeten ze de informatie die door de gezondheidswerker wordt verstrekt goed begrijpen en kunnen toepassen (gezondheidsvaardigheden/health literacy), over alle (taal)barrières heen. Tijdens het inburgeringstraject dat door de verschillende gewesten wordt georganiseerd, wordt al informatie verstrekt aan MEM over de organisatie van de gezondheidszorg in België. Het is aanbevolen om aan het programma ook een module over de participatie van patiënten en gezondheidsvaardigheden toe te voegen zodat de therapietrouw bij MEM wordt verbeterd en ze beter samenwerken met gezondheidswerkers (De Maesschalck, 2011).

Om deze aanbeveling naar de praktijk te vertalen, stelt de expertengroep de volgende acties voor:

- Actie 1.** Gezondheidsvaardigheden/health literacy en de actieve betrokkenheid van de patiënt bij de zorg opnemen in het inburgeringstraject.
- Actie 2.** De participatie van MEM in de organisatie van de zorg aanmoedigen.
- Actie 3.** De betrokkenheid van MEM en/of patiëntenverenigingen bij de uitvoering van de aanbevelingen stimuleren.
- Actie 4.** Ruimte creëren voor dialoog en uitwisseling tussen patiënten en gezondheidswerkers (bijv. Paroles d'exil, Cultuur & Gezondheid).



*XI. Uitwisseling tussen de verschillende actoren van de gezondheidszorg en de sociale sector op nationaal en internationaal niveau stimuleren.*

**Bevoegdheidsniveau:**

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, ministers belast met gezondheid in de deelstaten

**Stuurgroep:**

FOD Volksgezondheid

**Andere partners:**

Ziekenhuizen, medische centra, deelstaten

**Prioriteit: 8**

**Situering/Probleemstelling:**

De experts stelden vast dat de uitwisseling over de ontwikkelde projecten tussen de verschillende gemeenschappen te wensen overlaat. In de verschillende gewesten worden heel wat relevante en succesvolle initiatieven uitgevoerd en het is jammer dat die initiatieven zo weinig zichtbaar zijn. Een federaal platform zou al deze initiatieven kunnen bundelen zodat ze een inspiratie kunnen zijn voor personen die projecten willen ontwikkelen. In 2007 werd met die ambitie het MigHealthNet-project opgestart, maar omdat er geen geld meer werd vrijgemaakt, werd de Belgische portaalsite niet langer geüpdatet<sup>7</sup>.

Bovendien zou het bijzonder nuttig zijn om ook op internationaal en Europees niveau projecten te delen en onder de aandacht te brengen. De Europese Commissie financiert projecten om de gezondheidszorg voor MEM te verbeteren en deze projecten zijn in heel Europa zichtbaar. Het is belangrijk dat ook België aan deze vernieuwende en motiverende initiatieven deelneemt.

---

<sup>7</sup> Zie de website van MigHealthNet: <http://mighealth.net/be/index.php>



Om deze aanbeveling naar de praktijk te vertalen, stelt de expertengroep de volgende acties voor:

- Actie 1. Een interfederale organisatie of een interfederaal platform uitbouwen dat dienst doet als referentiecentrum in het domein van de gezondheid van MEM.
- Actie 2. De internationale uitwisseling van 'best practices' in verband met MEM stimuleren door deel te nemen aan de bestaande platformen op Europees en wereldwijd (WHO) niveau.
- Actie 3. Beter communiceren over de verschillende nationale projecten en initiatieven voor een beter beheer van de gezondheid van MEM en de samenwerking en uitwisseling tussen de 3 gewesten aanmoedigen.



## REFERENTIELIJST

- Arnold M., Razum O., 2012. Cancer prevention. In: Loue S, Sajatovic M, editors. *Encyclopedia of immigrant health*. New York, NY: Springer New York; p. 351–8.
- Arrêté Royal du 12/12/1996 : Arrêté royal relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume.  
[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996121237&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996121237&table_name=loi)
- Bhopal R., 2014. Migration, Ethnicity, Race and Health in multicultural societies, *Oxford University Press*, 373 p.
- Bischoff, Denhaerynck, 2010. BMC Health Services Research, 10:248  
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/248>
- Bozorgmehr K., Razum O., 2015. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. *PLoS One*. 10(7)
- Child Focus, Rapport annuel, 2016 :  
<http://www.childfocus.be/sites/default/files/rapportannuel2016.pdf>
- Commissariat royal à la politique des immigrés, 1989 :  
<http://zoeken.bibliotheek.be/detail/Koninklijk-Commissariaat-voor-het-Voor-een-harmonische-samenleving/Boek/?itemid=%7Clibrary%2Fmarc%2Fvlacc%7C924656>



- Conseil de l'Europe, 2006, Recommendation Rec : <https://wcd.coe.int/wcd/>
- Conseil de l'Europe, 2011, Recommendation Rec : [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016805cbd6d](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805cbd6d)
- Dauvrin & Lorant, 2010, rapport Eugate <http://www.eugate.org.uk/outcomes/index.html>
- Dauvrin et al., 2012, Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities : the case study of ETHEALTH Belgium, BMC Public Health 2012, 12 :726 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/726>
- Dauvrin M., Lorant V., 2015. Leadership and Cultural Competence of Healthcare Professionals: A social
- Network analysis, Nursing Research, : [www.nursingresearchonline.com](http://www.nursingresearchonline.com)
- Déclaration d'Amsterdam, 2004 : [http://www.mfh-eu.net/european\\_recommandations.htm](http://www.mfh-eu.net/european_recommandations.htm)
- De Graeve K., Vervliet M., Derluyn I., 2017. Between immigration control and child protection: unaccompanied minors in Belgium, *Social work and Society, International online Journal*: <http://hdl.handle.net/1854/LU-8530221>
- De Maesschalck S., Deveugele M., Willems S., 2011. Language, culture and emotions: Exploring ethnic minority patients' emotional expressions in primary healthcare consultations, *Patient Education and Counseling* 84, 406–412.
- De Moissac D., Bowen S., 2018. Impact of Language Barriers on Quality of Care and Patient Safety for Official Language Minority Francophones in Canada, *Journal of patient experience*, 1-9.



- Derluyn I., Lorant V., Dauvrin M., Verrept H., Coune I., 2011, Gezondheidszorg voor migranten en etnisch-culturele minderheden, *Terzake* 6, p.58-63  
<http://hdl.handle.net/1854/LU-2038131>
- Dieleman M., 2010. Excision et Migration en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour le GAMS Belgique, Bruxelles, Ed. GAMS Belgique, 182 p.
- Directive 2001/85/EC du Conseil du 20 Juillet 2001: Protection temporaire dans l'éventualité d'un afflux massif de personnes déplacées avec des indications sur les soins médicaux, y compris les soins d'urgence et le traitement indispensable des maladies.
- Directive 2003/9/EC du Conseil du 27 Janvier 2003 : Accueil des demandeurs d'asile avec des indications pour les soins de santé (information sur l'assistance médicale, dépistage, traitements médicaux pour les individus avec des besoins spéciaux comme les femmes enceintes).
- Directive 2003/109/EC du Conseil du 25 Novembre 2003, amendée par la directive 2011/51/UE : Statut des ressortissants de pays tiers qui sont résidents de longue durée considérant des dispositions sur des aspects de santé publique et des indications sur les soins de santé.
- Directive 2004/38/EC du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur le droit des citoyens de l'Union Européenne et de leurs familles à résider et à circuler librement dans le territoire des Etats membres.
- Directive 2004/83/EC du Conseil du 29 Avril 2004: Statut des ressortissants de pays tiers ou des personnes apatrides comme les réfugiés ou les personnes qui nécessitent une protection internationale avec des indications sur les soins de santé, incluant l'assistance médicale pour des personnes avec des besoins spécifiques comme les femmes enceintes, les personnes handicapées, etc



- Directive 2004/81/EC du Conseil du 29 Avril 2004 : Permis de résidence accordé aux ressortissants de pays tiers qui sont victimes de la traite des êtres humains, incluant des indications sur les soins de santé, y compris les soins psychologiques.
- Directive 2011/24/EC du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.
- Dubourg D., Richard F., 2018. Estimation de la prévalence des filles et des femmes excisées ayant subi ou à risque de subir une mutilation génitale féminine vivant en Belgique, *Equity Standards*, 2014:  
[https://www.researchgate.net/publication/262259058\\_Equity\\_Standards\\_in\\_Health\\_Care\\_2014](https://www.researchgate.net/publication/262259058_Equity_Standards_in_Health_Care_2014)
- European Union Agency for Fundamental Rights, 2015. Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. Vienna: FRA. Available from:  
[http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2015-costhealthcare\\_en.pdf](http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-costhealthcare_en.pdf)
- Flores, G., 2005. The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, 62, 255–99.
- IOM Equi-Health, 2016, Recommendations on access to health services for migrants in an irregular situation: an expert consensus:  
<http://equi-health.eea.iom.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>
- INAMI , Médecins du Monde, 2014, Livre Blanc : Accès aux soins : nos recommandations pour un système plus inclusif :  
[http://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/acces-soins-recommandations-systeme-plus-inclusif.aspx#Wq\\_T8mrOXIU](http://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/acces-soins-recommandations-systeme-plus-inclusif.aspx#Wq_T8mrOXIU)



- Ingleby D., 2012. Acquiring health literacy as a moral task, *International Journal of Migration, Health and Social Care*, Vol. 8 Iss: 1 pp. 22 - 31  
[https://www.researchgate.net/publication/275313730\\_Acquiring\\_health\\_literacy\\_as\\_a\\_moral\\_task](https://www.researchgate.net/publication/275313730_Acquiring_health_literacy_as_a_moral_task)
- Ingleby D., Chimienti M., Hatziprokopiou P., Ormond M., De Freitas C., 2005. The role of health in integration. Fonseca, Maria Lucinda und Jorge Malheiros (Hg), *Social integration and mobility: education, housing and health* Lisbon: Centro de estudos geográficos. 2005:49–65.
- Karliner, L.S., Jacobs, E.A., Chen, A.H., & Mutha, S., 2007. Do Professional Interpreters Improve Clinical care for Patients with Limited English proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Research and Educational Trust* , 42, 727-754.
- KCE reports, 2015. Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier :  
[https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_257B\\_Soins\\_de\\_sante\\_migrants\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_257B_Soins_de_sante_migrants_Synthese.pdf)
- KCE reports, 2015. Rapport sur la performance du système de santé belge :  
<https://kce.fgov.be/fr/un-nouveau-check-up-du-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-belge>
- Keygnaert I., Gilles C., Roelens K., 2017. Checklist voor de optimale opvang van slachtoffers van seksueel geweld in Belgische ziekenhuizen, 2:  
<http://hdl.handle.net/1854/LU-8546963>
- Kluge U., Bogic M., Devillé W., Greacen T., Dauvrin M., f, Dias S., Gaddini A., Koitzsch Jensen N., Ioannidi- Kapolou E., Mertaniemi R., Puipcinós i Riera R., Sandhu S., Sarvary A., Soares JF., Stankunas M., Straßmayr C., Welbel M., Heinz A., Priebe S., 2012. Health services and the treatment of immigrants:





- data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe, *Elsevier Masson, European Psychiatry 27 / supplement n°2 / S56-S62*:  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
- Liu J.J., Davidson E., Bhopal R., White M., Johnson M., Netto G., and Sheikh A., 2016. Adapting health promotion interventions for ethnic minority groups: a qualitative study; *Health Promotion International*, 31:325–334.
- Livre Vert sur l'accès aux soins en Belgique, 2014.  
<https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-vert.pdf>
- Lorant V., Depuydt C., Gillain B., Guillet A., & Dubois V., 2007. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42, 360-365.
- Lorant V., Delruyn I., Dauvrin M., Coune I., Verrept H., 2011. Vers des soins de santé interculturels : Recommandations du groupe EtHealth en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques,  
<https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:100686>
- Marmot M., 2010. Fair society, Healthy Lives. *Strategic Review of health inequalities in England*:  
<http://www.parliament.uk/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>
- MED Task Force, 2016 :  
[http://www.hphnet.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=291:task-force-om-migrant-friendly-a-culturally-competent-health-care&catid=20](http://www.hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=291:task-force-om-migrant-friendly-a-culturally-competent-health-care&catid=20)
- MEM-TP, Migrant and Ethnic Minorities Training Package, 2008-2013 :  
<http://www.mem-tp.org/>
- Migrant Friendly Hospitals, 2004 :  
<http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>



- MIPEX, 2015 :  
<http://www.mipex.eu/health>
- Plate-forme Mineurs en exil :  
<http://www.mineursenxil.be/fr/dossiers-thematiques/mena/definition-et-statistiques-1/>
- Protocole d'Accord Prévention entre l'autorité fédérale et les entités fédérées, 2016. Principes généraux.  
[http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016\\_03\\_21\\_-\\_prevention\\_-\\_preventie.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_03_21_-_prevention_-_preventie.pdf)
- SH-Capac, 2017 :  
[http://www.sh-capac.org/pluginfile.php/2278/mod\\_resource/content/1/SH-CAPAC\\_%20FinalReport.pdf](http://www.sh-capac.org/pluginfile.php/2278/mod_resource/content/1/SH-CAPAC_%20FinalReport.pdf)
- Smedley B., Stith A., Nelson A., 2003. Unequal Treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care, *Institute of Medicine of the National Academies Press*, pp.764;
- Statistiques Office des Etrangers:  
<https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/FR/Documents/Rapport%20statistiques%202016%20FR.pdf>
- Trummer U., Novak-Zezula S., 2018. Humanitarian and Economic Aspects of Health Care for
- Irregular Migrants in the European Union – Results of a European Study, in SWS-Rundschau, March (pp. 95–115).
- UNIA, 2016, Implémentation des compétences transculturelles dans le nouveau curriculum de la formation en soins infirmiers :  
<https://www.unia.be/fr/legislation-et-recommandations/recommandations-dunia/implementation-des-competences-transculturelles-dans-le-nouveau-curriculum-de-la-formation-en-soins-infirmiers>



- United Nations, Agenda 2030, 2015 :  
<https://www.coe.int/en/web/programmes/un-2030-agenda>
- Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, et al. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health* 2016;**70**:1032-1038.
- Verrept H.,2001. Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg. *Cultuur en Migra-tie*, 18, 150.
- Verrept H.,2008. Intercultural mediation: an answer to health care disparities? In: Valero-Garcés C &
- Martin A. (Eds.). Crossing Borders in Community Interpreting. Definitions and dilemmas. *Amsterdam/ Philadelphia: John Benjamins Publishing Company*: 187-201.
- Verrept H., Coune I., 2016. Guide pour la médiation interculturelle dans les soins de santé :  
[https://healthpr.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/fr\\_2016\\_04\\_20\\_guide.pdf](https://healthpr.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/fr_2016_04_20_guide.pdf)
- World Health Organisation, 2008, Health of Migrants, resolution WHA 61.17:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23533/A61\\_R17-en.f;jsessionid=39DF9A0DAF536CFA9D7C0D5F48DCDB70?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23533/A61_R17-en.f;jsessionid=39DF9A0DAF536CFA9D7C0D5F48DCDB70?sequence=1)
- World Health Organisation Europe, 2010 :  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/127526/e94497.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf)
- World Health Organisation, 2013, Health in all policies: Framework for country action,  
<http://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>
- World Health Organisation Europe, 2016 :  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/315847/66wd08f\\_MigrantHealthStrategyActionPlan\\_160424.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/315847/66wd08f_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf?ua=1)



- World Health Organisation, Santé 2020 :  
<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>.

# AFKORTINGEN

- IMA:** InterMutualistisch Agentschap
- CLPS:** Centre local de promotion de la santé
- FUCID:** Forum Universitaire pour la Coopération internationale au développement
- HPH:** Health Promoting Hospitals
- RIZIV:** Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
- IOM:** International Organisation for Migration
- WIV:** Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
- KCE:** Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg
- LUSS:** Ligue des Usagers des services de santé
- MED:** Migration, Equity, Diversity
- NBM:** Niet-begeleide minderjarigen
- MEM:** Migranten en etnische minderheden
- GVG:** Vrouwelijke genitale verminking
- WHO:** World Health Organisation  
(Wereldgezondheidsorganisatie)
- VPP:** Vlaams Patiëntenplatform

# ETHEALTH RAPPORT 2020

Naar een gelijkwaardige gezondheidszorg  
voor migranten en etnische minderheden

## Toelichting

Cel Interculturele  
Bemiddeling  
en Beleidsondersteuning



Isabelle Coune, FOD  
Marie Dauvrin, KCE  
Hans Verrept, FOD  
(Red.)

V.U.: Tom Auwers, Victor Hortaplein, 40/10, 1060 - Brussel  
Grafisch ontwerp: Thierry Sauvenière