

OPLEIDING SOCIAAL WERK

Sociaal-cultureel werk

Zonder papieren maar niet zonder stem!

Op welke manier kan Dokters van de Wereld (Antwerpen), op basis van ervaringen van mensen zonder wettelijk verblijf, de toegang tot gezondheidszorg verlagen en beter inspelen op de noden en wensen van de patiënten?

Bachelorproef van
Verstichele Ella
tot het behalen van
het diploma Bachelor Sociaal Werk

Academiejaar 2017-2018



Karel de Grote
Hogeschool

Afkortingen.....	4
Dankwoord	5
1 Inleiding	6
2 Dokters van de wereld	9
2.1 Historiek	9
2.2 Waardenkader	10
2.3 Visie en missie	10
2.4 De werking van Dokters van de Wereld België.....	11
2.5 Cijfers	12
2.5.1 Doelgroep: Wie komt naar Dokters van de Wereld?	12
2.5.2 Sociale situatie	13
2.5.3 Dokters van de wereld: slechts een tijdelijke oplossing	13
3 Gezondheidszorg in België voor mensen zonder wettig verblijf	14
3.1 Mensen zonder wettig verblijf	14
3.1.1 Mensen zonder wettig verblijf: Wie en wat?	14
3.1.2 Aantal MZ WV in België.....	14
3.1.3 Rechten voor MZ WV	15
3.1.4 Hier toch blijven zonder wettig verblijf?	16
3.2 Dringende Medische Hulp	16
3.2.1 Historiek.....	16
3.2.2 Wat is DMH en hoe doe je hier beroep op?	17
3.2.3 Dringende Medische Hulp: Wat kost dat?.....	18
3.2.4 Rol van het OCMW	19
3.2.5 Het belang van toegankelijke gezondheidszorg	19
3.3 Moeilijkheden bij DMH en de toegang tot gezondheidszorg.....	20
3.3.1 Moeilijkheden bij DMH	20
3.3.2 Gekende moeilijkheden bij toegang tot gezondheidszorg	22
3.4 Aanbevelingen door Dokters van de Wereld over DMH.....	24
4 Gezondheidszorg, in Antwerpen, voor mensen zonder wettelijk verblijf.....	25
4.1 Mensen zonder wettelijk verblijf in Antwerpen	25

4.2	Dringende medische hulp	25
4.3	Gezondheidsdiensten in Antwerpen voor MZWV	26
5	Hoe wordt de toegang tot gezondheidszorg en DvdW ervaren Door MZWV, in antwerpen?	28
5.1	Aanpak	28
5.1.1	Interview	28
5.1.2	Groepswork.....	29
5.2	Toegang tot gezondheidszorg.....	33
5.2.1	Mezopa groep Filet Divers: Dringende medische hulp	33
5.2.2	Interview	34
5.2.3	Groepswork.....	41
5.3	Hoe wordt de werking van Dokters van de Wereld ervaren?	42
5.3.1	Interview	42
5.3.2	Groepswork.....	45
6	Conclusie en aanbevelingen.....	48
7	Bibliografie.....	53
8	Bijlage.....	56

LIJST MET TABELLEN

<i>Tabel 1: Specifieke gezondheidszorg die toegankelijk is voor illegale migranten in de EU28</i>	6
<i>Tabel 2: Weigering van DMH –OCMW Antwerpen, Centrum Plein</i>	25

LIJST MET GRAFIEKEN

<i>Grafiek 1: geslacht en leeftijd van COZO-populatie 2016</i>	12
<i>Grafiek 2: land van herkomst COZO-patiënten 2016</i>	13
<i>Grafiek 3: Gemiddelde kost per begunstigde van DMH in 15 OCMW's met grootste aantal DMH-gevallen</i>	19
<i>Grafiek 4: Drempels voor toegang tot gezondheidszorg in negen EU-landen en Turkije</i> .	23
<i>Grafiek 5: drempels tot gezondheidszorg</i>	36
<i>Grafiek 6: Toegang geweigerd tot gezondheidszorg</i>	37
<i>Grafiek 7: Medische kosten</i>	37
<i>Grafiek 8: consultaties huisarts, ziekenhuis of spoed</i>	38
<i>Grafiek 9: Kennis over DMH</i>	39
<i>Grafiek 10: Deed een aanvraag voor een MWB</i>	40
<i>Grafiek 11: Moeilijkheden bij aanvraag van DMH</i>	41
<i>Grafiek 12: Welke zaken worden als goed ervaren bij DvdW</i>	43
<i>Grafiek 13: Welke zaken worden als minder goed ervaren bij DvdW</i>	44

AFKORTINGEN

AZG- Artsen zonder Grenzen

DMH – Dringende Medische Hulp

DvdW - Dokters van de Wereld

HZIV- Hulpkas voor ziekte –en invaliditeitsverzekering

KCE- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

MEM – Mensen van etnische minderheden

MWB – Medische waarborg

MZWV – Mensen zonder wettig verblijf

OCMW – openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn

POD MI – programmatorische federale overheidsdienst maatschappelijke integratie

RIZIV- rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekeringen

SCW – Sociaal-Cultureel Werk

WGC – Wijkgezondheidscentrum

ZIV- Ziekte –en invaliditeitsverzekering

DANKWOORD

Na een periode van vijf maand is het zover. Met het schrijven van dit dankwoord leg ik de laatste hand aan mijn scriptie. Ik wil dan ook kort aandacht schenken aan de mensen die me hebben geholpen en ondersteunden.

Eerst en vooral wil ik mijn stagebegeleider Elke de Winter en mijn stagementor Alexis Andries bedanken. Jullie hebben me doorheen mijn hele stage bijgestaan en me geholpen wanneer dit nodig was. Ook de medewerkers van DvdW wil ik graag bedanken voor de raad, de fijne samenwerking en de kans die jullie me hebben geboden om mijn stage en scriptie te schrijven binnen de context van DvdW.

Daarnaast wil ik alle patiënten die deelnamen aan de interviews bedanken voor hun tijd en vertrouwen. Zonder dit vertrouwen en de vlotte samenwerking had deze scriptie niet tot stand kunnen komen. In het bijzonder wil ik de deelnemers van de participatie groep bedanken. Rachel, Amina, Mustapha, Hamza en Said, zonder jullie inzet, doorzettingsvermogen en creativiteit had ik dit nooit kunnen waarmaken.

Mijn ouders, Michiel, Cleo en Tom wil ik graag bedanken voor het geduld en de ondersteuning tijdens mijn opleiding en het schrijven van deze scriptie.

Bedankt iedereen!

Ella Verstichele

Juni 2018

1 INLEIDING

“Gezondheidszorg is een recht voor iedereen maar door de moeilijke procedure lijkt het meer een kansspel, een toevaligheid.” (Anoniem¹)

De toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Antwerpen en Dokters van de Wereld Antwerpen staan centraal in deze scriptie. Door ervaringen van mensen zonder wettig verblijf (MZWV) te verzamelen, wordt bekeken hoe Dokters van de Wereld (DvdW) beter kan inspelen op de noden en wensen van haar patiënten. Door de kwetsbaarheid van deze doelgroep is de toegang tot gezondheidszorg moeilijk en kennen deze mensen hun rechten niet.

In hun onderzoek in achtentwintig Europese lidstaten naar de toegankelijkheid van gezondheidszorg voor MZWV, kwamen Spencer en Hughes (2014) tot volgende conclusies: in twaalf lidstaten worden MZWV volledig uitgesloten uit de gezondheidszorg met als uitzondering infectieziekten, in zes lidstaten hebben ze recht op dringende hulp en in tien lidstaten kunnen zij beroep doen op gezondheidszorg, zowel primaire- en specifieke zorg. België zit in deze laatste categorie en doet het binnen Europa relatief goed. Zoals te zien op tabel 1 biedt België MZWV dringende hulp, primaire hulp en secundaire hulp. Hiermee bevindt België zich bij de besten van Europa. In theorie klinkt dit veelbelovend, maar in praktijk is het moeilijk om hier beroep op te doen.

Tabel 1: Specifieke gezondheidszorg die toegankelijk is voor illegale migranten in de EU28

Table 1 Right to health care for irregular migrants across the EU28: Emergency, primary and secondary care

Country	Emergency care	Primary care	Secondary care	Out of Pocket Payment for care	Additional provision for some/all children (see Table 3)	Any additional specific services (see Table 2)	Law
Austria	✓			✓ ¹²	✓	✓	Basic Care Agreement, BGBl. Nr. 80/2004, Austrian Federal Hospitals Act.
Belgium	✓	✓	✓ ¹³		✓	✓	Art. 57 § 2, 1° Loi organique des CPAS (8 July 1976); Arrêté royal relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume (Royal Decree, 12 December 1996).
Bulgaria	✓			✓			Health Act (2004), Articles 82 (1), 99 (3) and 100 (1); enforced on 1 January 2005. ¹⁴
Croatia	✓ ¹⁵			✓	✓	✓	Law on Foreigners' Obligatory Health Insurance and Health care of Foreigners in the Republic of Croatia (Article 24).

¹² Austria: People without insurance have access to emergency treatment but are then expected to pay. Hospitals are obliged to pay costs if patients are unable to pay. Irregular migrants can under certain circumstances gain health insurance coverage if they register at asylum centres or are in contact with immigration authorities (Article 269 §52.4 of the BGBl. Nr. 80/2004).

¹³ Belgium: The right to health care is explicit in law. Legislation refers to “essential or urgent care” which can encompass a broad range of services. Access to emergency medical assistance is through the programme “Aide Médicale Urgente, AMU” (Emergency Medical Assistance) since 1996. The “necessity” of care must be certified by a medical professional. To secure financial assistance, irregular migrants must demonstrate that they are living in the district where they are applying for it and are unable to pay for health care. Specialist and inpatient treatment can also be provided and some medication free of charge. Public Welfare Officers consider requests for emergency assistance which, if approved and paid for, are reimbursed by the federal government.

¹⁴ Bulgaria: Emergency medical aid is provided when related to (a) life endangering health conditions; (b) examination of pregnant women or medical assistance during delivery; (c) psychiatric aid; (d) transplantation of organs, tissues or isolation; (e) mandatory medical treatment or isolation; (f) medical establishment of temporary or permanent working disability.

Noot. Herdrukt van *Outside and in: Legal Entitlements to Health Care and Education for Migrants with Irregular Status in Europe* door Spencer, S., Hughes, V., 2015. Oxford: University of Oxford.

¹ Citaten uit interview worden doorheen de hele scriptie anoniem weergegeven

Uit onderzoek van DvdW (Médecins du monde, 2015) blijkt dat MZ WV op enkele barrières stuiten, die hen ervan weerhouden om naar de gezondheidszorg te stappen. Deze barrières zijn: het zelf niet willen gaan of geen hulp willen (18,9%), administratieve barrières (17%), economische barrières (16,3%), geen kennis hebben over gezondheidszorg (9,1%), moeilijkheden met taal (6,4%) en angst voor arrestatie (2,2%).

De twee voorgaande onderzoeken geven duidelijk aan dat MZ WV een zeer kwetsbare groep zijn. Deze doelgroep is moeilijk bereikbaar en wordt vaak uitgesloten doordat ze op bepaalde barrières botst (Médecins du monde, 2015). De toegang tot informatie is voor deze groep moeilijk, omdat de procedure tot de gezondheidszorg voor MZ WV heel complex is. Dit is te verklaren door het feit dat MZ WV over minder rechten beschikken dan erkende nieuwkomers.

Deze scriptie focust op MZ WV, meer specifiek op MZ WV in Antwerpen. Deze doelgroep werd gekozen omwille van haar kwetsbare positie die te wijten is aan het feit dat ze niet over wettelijke verblijfspapieren beschikt. De moeilijkheden om aan werk te geraken, het gebrek aan financiële middelen, illegaal zijn, ect zorgen er voor dat deze doelgroep discriminatie ervaart en ze zelf geen beslissingsmacht heeft over haar gezondheid. Binnen het Vlaams onderzoek beschrijft Geldof (2013) in zijn boek *Superdiversiteit*, het lot van mensen zonder papieren als volgt:

“Mensen zonder papieren, ze leven in de schaduw, worden letterlijk en figuurlijk vaak niet (mee)geteld. Perverse effecten van een logica die tot nog toe zelden of nooit voorwerp van ernstig onderzoek waren.” (Geldof, 2013, p. 105).

Omdat DvdW België, deze doelgroep wel bereikt en met deze aan de slag gaat, is het relevant om deze scriptie binnen de context van deze organisatie te bekijken.

Mijn onderzoeksvraag luidt dan ook als volgt: *Op welke manier kan Dokters van de Wereld (Antwerpen), op basis van ervaringen van patiënten, de toegang tot gezondheidszorg verlagen en beter inspelen op de noden en wensen van de patiënten?* Hieruit zijn twee deelvragen af te leiden namelijk “Wat zijn de ervaringen van de patiënten van Dokters van de Wereld over de gezondheidszorg en Dokters van de Wereld?” En een tweede bijvraag: “Hoe kan Dokters van de Wereld zijn werking beter afstemmen op de noden en wensen van de patiënten en de toegang tot reguliere zorg verlagen?”

Deze scriptie heeft als doel om de subjectieve perceptie van MZ WV over de toegang tot gezondheidszorg en DvdW te onderzoeken en hieromtrent enkele concrete aanbevelingen te formuleren. Deze aanbevelingen zijn geformuleerd vanuit literatuurstudie, interviews en

groepswork. Een stem geven aan de patiënten en hun ervaringen staat centraal. Doordat deze scriptie kadert binnen de opleiding sociaal werk, is het zeker relevant om de definitie van sociaal werk volgens het IFSW en de IASSW (2015) er bij te nemen.

Social work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment and liberation of people. Principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect for diversities are central to social work. Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledge, social work engages people and structures to address life challenges and enhance wellbeing.(IASSW, 2015, z.p.)

Deze scriptie bekijkt de problematiek vanuit de mensenrechten, de sociale rechtvaardigheid en de wil om bepaalde problemen aan te pakken om het welzijn te bevorderen. Deze scriptie legt enkele pijnpunten bloot en formuleert concrete aanbevelingen. Hierdoor wordt beoogd de sociaal werk praktijk te verbeteren en het sociaal werk beter af te stemmen op de cliënt. De cliënt wordt in dit proces actief betrokken. Daarmee gaat deze scriptie verder dan het sociaal werk, en is het ook relevant voor dokters, verpleegsters,...

Als eerste wordt DvdW besproken. Daarna wordt de situatie van MZVV in België kort toegelicht en wordt beschreven hoe toegankelijk de gezondheidszorg is voor MZVV in België. Hierna wordt de situatie in Antwerpen bekeken. Het praktijkgedeelte volgt als laatste, hier is onderzocht hoe mensen de drempels in realiteit ervaren en wat hen kan helpen om deze drempels weg te werken.

2 DOKTERS VAN DE WERELD

2.1 Historiek

DvdW (NGO) ontstond in 1980 uit de werking van Artsen zonder Grenzen (Dokters van de Wereld, 2017). Naast de medische zorgen wou DvdW zich ook richten op de mensenrechten en de schendingen hiervan openbaar maken, door zich in te zetten in ontwikkelde landen zoals Frankrijk. In de jaren 1980 was DvdW een pionier in humanitaire hulp die zich steeds meer op reeds ontwikkelde landen richtte. In de jaren '90 raakte DvdW in een stroomversnelling. Er werden meer dan 70 projecten opgezet en in meer dan 50 verschillende landen werd medische zorg voorzien en werden wanpraktijken aangeklaagd. In 1997 werd de Belgische zetel van DvdW opgericht, twee jaar later werd DvdW-België een zelfstandige delegatie.

DvdW-België blijft zich tot het heden inzetten voor kwetsbare mensen over de hele wereld. In 2005 zet de Belgische delegatie een spoedmissie op naar Zuid-Azië om de slachtoffers van de Tsunami bij te staan en in 2010 was het één van de organisaties die naar de slachtoffers in Haïti trok. In 2008 en 2009 neemt DvdW-België de Antwerpse en Brusselse projecten van AzG over. AzG besliste zich terug te trekken uit België om zich volledig te focussen op interventies in het buitenland. Door de economische crisis in Europa, werden ook de Belgische projecten steeds belangrijker en werden hiervoor meer middelen vrij gemaakt. Zo werd er naast de afdeling in Antwerpen en Brussel nog een nieuwe afdeling geopend in La Louvière. Door deze opening in 2012 was DvdW-België actief in alle landsdelen. Later opent DvdW nog tal van andere antennes. In 2013 lanceerde DvdW de Medibus. De Medibus is een mobiele consultatieruimte, de zorg komt op die manier tot bij de cliënt.

DvdW-België is vandaag actief in Brussel, Antwerpen, Oostende, Brugge, Namen, Charleroi en La Louvière. Mensen die geen toegang hebben tot gezondheidszorg of zich dit niet kunnen permitteren kunnen er terecht bij een arts, psycholoog, sociaal werker, tandarts,... Dit werk wordt mogelijk gemaakt door de meer dan 500 vrijwilligers die zich inzetten voor de Belgische projecten van DvdW. Het leeuwendeel van de medische en psychologische consultaties worden namelijk uitgevoerd door geschoolde en ervaren vrijwilligers, ondersteund door de vaste medewerkers. Daarnaast heeft DvdW-België internationale projecten in Kroatië, Griekenland, Marokko, Tunesië, Niger, Mali, Haïti, Burkina Faso, Benin en DR Congo.

2.2 Waardenkader

DvdW heeft een handvest opgesteld met enkele belangrijke doelstellingen en streefdoelen: (Dokters van de Wereld, 2014)

Dokters van de Wereld is een internationale solidariteitsorganisatie met als doelstellingen:

- Hulp bieden aan de meest kwetsbare bevolkingsgroepen in situaties van crisis en uitsluiting, overal ter wereld en dus ook in België;
- Mobiliseren van vrijwilligers, vooral vanuit de gezondheidssector maar ook uit andere vakgebieden;
- Het ontwikkelen van de nodige know-how om haar missie uit te voeren;
- Het opbouwen en onderhouden van een vertrouwensband met de betrokken bevolkingsgroepen.

Op basis van haar medische praktijk en in alle onafhankelijkheid wil en zal DvdW:

- De aandacht vestigen op alle situaties die een gevaar betekenen voor de gezondheid en de menselijke waardigheid, om op die manier aan preventie te kunnen doen;
- Haar partners mobiliseren voor acties die verder gaan dan gezondheid alleen;
- De schendingen van de mensenrechten aan het licht brengen, en dan vooral de problemen die ondervonden worden bij de toegang tot zorg;
- Een nieuwe aanpak en nieuwe methodes ontwikkelen voor de volksgezondheid in de wereld, gebaseerd op respect voor de menselijke waardigheid;
- Zich inzetten om de relatie met haar donateurs te onderhouden;
- Een absolute transparantie nastreven;
- Actievoeren voor een humanitaire geneeskunde, gebaseerd op de ethische principes van verantwoordelijkheid en solidariteit.

2.3 Visie en missie

De visie en missie van DvdW luidt als volgt:

“Een wereld waarin de gezondheidsobstakels zijn opgeruimd, waarin het recht op gezondheid effectief bestaat via een universele gezondheidsdekking.” (Dokters van de Wereld, 2016, p. 6)

De missie van DvdW luidt als volgt:

DvdW is een onafhankelijke internationale vereniging van geëngageerde personen die bijdragen tot de autonomie van uitgesloten bevolkingsgroepen en

hen daarbij ondersteunen op weg naar een effectief, universeel recht op gezondheid (de universele gezondheidsdekking), door zowel hier als in het Zuiden innoverende gezondheidsprogramma's op te zetten die zijn pleidooi onderbouwen. (Dokters van de Wereld, 2016, p. 6)

Deze missie buigt zich over drie pijlers:

Pijler 1: Mensen verzorgen die geen toegang hebben tot gezondheidszorg (Dokters van de Wereld , 2017)

Pijler 2: Getuigen en betogen over de belemmeringen tot de gezondheidszorg en getuigen over schendingen van de mensenrechten. Dit door bepaalde feiten en gebeurtenissen bekend te maken en erover te spreken. Door de expertise die DvdW heeft, binnen zijn domein, kunnen ze burgerschap mobiliseren. Doordat DvdW samenwerkt met autoriteiten zal er door DvdW, nooit frontaal aangevallen worden, maar wordt er reactie opgewekt door in dialoog te gaan.

Pijler 3: Begeleiden van de gemeenschappen in hun streven naar sociaal-maatschappelijke veranderingen.

2.4 De werking van Dokters van de Wereld België

Dokters van de Wereld België heeft projecten over de hele wereld maar ook in eigen land. DvdW heeft in zijn strategisch plan 2016-2018, drie doelstellingen neergeschreven over de projecten in België:

1. De invoering van een universele gezondheidsdekking promoten, met de re-integratie van de subsidiaire systemen in een eenheidssysteem.
2. Versterken van een globale en geïntegreerde primaire zorgversterking in al haar facetten. Hierbij moet vooral worden ingezet op de 0,5^{de} lijn of de brugfunctie om mensen te leiden naar de 1^{ste} lijnszorg, het 1^{ste} lijnswerk in de vorm van het Cozo en het 1,5^{de} lijnswerk door het aanbieden van expertise.
3. Huisvesting aanbieden bij dringende behoefte of aangepaste huisvesting bieden voor zeer kwetsbaren.

DvdW (Dokters van de Wereld, 2016) werkt aan de rand van het gezondheidssysteem en staat mensen bij die anders uit de boot vallen. Door organisaties te wijzen op hun

verantwoordelijkheden en bepaalde zaken aan het licht te brengen, komen er ook bepaalde veranderingen op het vlak van toegankelijke gezondheidszorg.

De werking in Antwerpen is vooral gericht op het COZO (het Centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie), outreach, psychologische dienstverlening en sociale hulp.

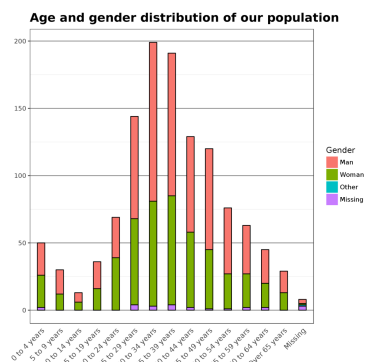
2.5 Cijfers

2.5.1 Doelgroep: Wie komt naar Dokters van de Wereld?

De doelgroep van DvdW in België zijn kwetsbare mensen die geen toegang hebben tot de reguliere gezondheidszorg. Dit zijn mensen zonder papieren, daklozen, kwetsbare vrouwen, mensen met een verslavingsproblematiek, ex-gedetineerden, sekswerkers, enzovoort. DvdW voert ook urgenties uit en helpt bepaalde doelgroepen wanneer deze nood er is. Zo zijn er nu projecten opgezet in Brussel, Oostende en Zeebrugge om de transmigranten op te vangen.

Volgens het jaarrapport van Dokters van de Wereld Antwerpen (2016) hebben in 2016 1202 individuele patiënten het COZO van DvdW Antwerpen bezocht, waarvan 56% mannen en 42% vrouwen. De mediane leeftijd was 36 jaar. Grafiek 1 toont de verdeling van geslacht en leeftijd bij DvdW Antwerpen in 2016.

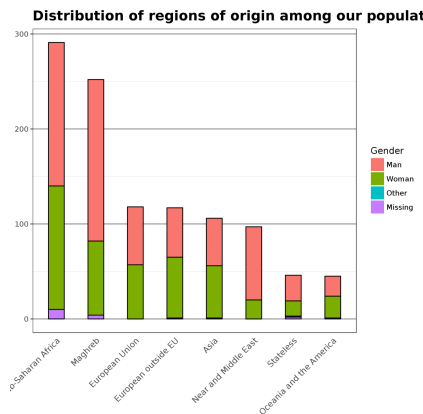
Grafiek 1: geslacht en leeftijd van COZO-populatie 2016



Noot. Herdrukt van *jaarrapport Dokters van de Wereld Antwerpen, 2016*. Dokters van de Wereld: Antwerpen.

Zoals te zien is op grafiek 2 is de grootste groep afkomstig van Subsaharaans Afrika (26%), gevolgd door Maghreb (23,5%), Europa (EU 11,5% en buiten EU 11%), het Nabije en Midden-Oosten (9,5%) en Azië (9,5%). Het aantal Belgen die op consultatie komen op het COZO blijft eerder beperkt (2,5%). Deze groep wordt vooral gezien in de outreachposten zoals de Vaart, sociaal centrum Kamiano en het Zorgteam van CAW Antwerpen.

Grafiek 2: land van herkomst COZO-patiënten 2016



Noot. Herdrukt van *jaarrapport Dokters van de Wereld Antwerpen*, 2016. Dokters van de Wereld: Antwerpen.

In totaal vonden 4961 consultaties plaats in het COZO, waarvan 2522 medische (51%), 2240 sociale (45%) en 199 psychologische (4%). In 27% van de consultaties werd beroep gedaan op een vertaler of tolk. In bijlage 1 worden de voornaamste klachten van patiënten bij DvdW opgesomt.

2.5.2 Sociale situatie

De meerderheid van de patiënten verblijft bij vrienden of familie (66%). Het gaat vaak om een tijdelijke verblijfplaats (Andries, persoonlijke communicatie, 1 mei 2018). Slechts 25% geeft aan over een eigen woonst te beschikken en 9% is dakloos, slaapt op straat, in de noodopvang, in een kraakpand, enz. 85% heeft geen toegang tot zorg, en krijgt dus geen terugbetaling van medische kosten. 15% van de patiënten heeft in principe wel toegang tot zorg, via ziekteverzekering, medische waarborg van het OCMW, Fedasil-requisitorium of Europese ziekteverzekering, maar slaagt er niet in om aansluiting te vinden bij de reguliere zorg.

2.5.3 Dokters van de wereld: slechts een tijdelijke oplossing

Het doel van DvdW is dat patiënten terug toegang krijgen tot de reguliere zorg. De werking van DvdW heeft dan ook zijn beperkingen. Zo is DvdW Antwerpen (Andries, persoonlijke communicatie, 1 mei '18) niet groot genoeg om de volledige populatie op te vangen en hen toegang tot zorg te verschaffen. Er zijn per week slechts 24 plaatsen beschikbaar voor de vrije consultatie en 30 op afspraak. Het feit dat men met vrijwilligers werkt, bemoeilijkt de zorgcontinuïteit. Indien dure ingrepen of behandelingen nodig zijn, kan DvdW hier moeilijk een rol spelen en hoewel het geven van medicatie mogelijk is, is het aanbod beperkt.

3 GEZONDHEIDSZORG IN BELGIË VOOR MENSEN ZONDER WETTIG VERBLIJF

De ervaringen van de patiënten met het gezondheidssysteem staat centraal in deze scriptie. Vooraleer deze ervaringen beschreven worden is het van belang om de context en concrete procedures onder de loep te nemen, zodat we de ervaringen beter kunnen kaderen.

3.1 Mensen zonder wettig verblijf

3.1.1 Mensen zonder wettig verblijf: Wie en wat?

Mensen zonder wettig verblijf worden ook wel illegalen, mensen zonder papieren, sans-papiers, genoemd. Hier gebruiken we de term mensen zonder wettig verblijf, omdat dit de grootste groep mensen omvat en een juist beeld geeft over de doelgroep. Met de term "onwettig verblijf" (Nicaise, I., Schockaert, I., Wets, J. & Debosscher, T., 2011) wordt een politiek en juridische construct geschetst. In ieder land worden er bepaalde toegangsregels gesteld om personen toegang te verlenen tot een land. Wanneer je niet tot die categorie vreemdelingen behoort of niet over de nodige documenten beschikt, mag je het land niet binnen. Mensen kunnen door middel van verschillende statuten een land binnenkomen en een verblijfsrecht krijgen dat varieert in tijd. Wie niet over een vergunning beschikt of deze verliest, verblijft op een onwettige manier en is dus een persoon zonder wettig verblijf.

MZWV zijn een zeer diverse groep met heel verschillende achtergronden (Atlas, 2018). Het kunnen uitgeprocedeerde asielzoekers zijn, mensen die clandestien in het land verblijven, mensen waarvan het visum is vervallen, afgewezen gezinsherenigers,... Er zijn MZWV van overal ter wereld. Vaak gaat het om derdelanders, maar het kunnen ook Europeanen met een vervallen visum zijn.

3.1.2 Aantal MZWV in België

Het is onmogelijk om een exact getal te plakken op het aantal MZWV in België. Deze mensen zijn vaak nergens geregistreerd en leven onder de radar. Er zijn vermoedens over het aantal, maar dit zijn slechts ruwe schattingen.

Uit cijfers van het Commissariaat-Generaal voor Vluchtelingen en Staatlozen (Commissariaat-Generaal voor Vluchtelingen en de staatlozen, 2017) blijkt dat in 2017 11.539 personen een negatieve beslissing kregen op hun asielaanvraag. Ook in de jaren daarvoor was er een groot aantal mensen dat een weigering kreeg door het CGVS. Een

deel van deze mensen zal in beroep gaan of een tweede aanvraag indienen en hierdoor alsnog papieren krijgen. Een ander deeltje zal terugkeren naar het land van herkomst of wordt gerepatriëerd, maar een deel zal in België blijven zonder een wettige verblijfsvergunning.

Het aantal MZ WV is dus moeilijk te bepalen. Toch hebben enkele onderzoeken een ruwe schatting gemaakt. In een onderzoek van de Vlaamse Gemeenschap (Atlas, 2018) uit 2009, maakt men een schatting van 110.000 MZ WV in België. Ook het PICUM (Atlas, 2018) maakte een schatting van 150.000 mensen. Ook (Nicaise. I., Schockaert, I., Wets, J. & Debosscher, T., 2011) maakte een raming van het aantal MZ WV in België, waarbij ze uitkwamen op een groep van 30.000 tot 140.000 MZ WV die in België resideren. Het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2015) maakte eveneens een schatting, hier wordt gesteld dat het totaal aantal MZ WV varieert van 7%-13% van het aantal vreemdelingen. Dit zou betekenen dat er in 2014 85.000-160.000 MZ WV in België verbleven. Dit is 0,8%-1,4% van de totale Belgische bevolking.

3.1.3 Rechten voor MZ WV

MZ WV hebben enkele rechten in België. Mensen zijn niet altijd op de hoogte van deze rechten, waardoor ze er geen beroep op doen. Deze rechten zijn wel opgesteld, maar in de praktijk wordt er niet altijd rekening mee gehouden of worden procedures moeilijk gemaakt, waardoor de toegankelijkheid tot deze rechten ondermaats is. België ondertekende het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens. Deze basisrechten zijn echter moeilijk tot niet afdwingbaar. Hierdoor moeten MZ WV (Atlas, 2018) zichzelf zien te redden en vallen ze terug op enkele overlevingsstrategieën. Deze groep leeft vaak onder de armoedegrens en men loopt het risico om misbruikt en uitgebuit te worden. Misbruik en uitbuiting vinden onder andere plaats op de arbeidsmarkt, de huizenmarkt, de gezondheidszorg, ect. Mensen overleven door onderlinge solidariteit, door bijvoorbeeld bij familie of vrienden te verblijven of door schenkingen. Hierdoor leven MZ WV aan de rand van de samenleving. MZ WV zijn een groeiende groep, die wordt geconfronteerd met grote armoede. Bij de helft van de MZ WV ligt het maandinkomen lager dan 145 euro per maand. Door hun illegale status kunnen ze ook geen beroep doen op financiële hulp van het OCMW.

Hieronder worden alle rechten van MZ WV kort geschetst (Agentschap voor Integratie en Inburgering, 2018). Om beroep te kunnen doen op deze rechten moeten MZ WV wel aan bepaalde voorwaarden voldoen.:

- 1) Recht op onderwijs voor minderjarige kinderen.
- 2) Recht op dringende medische hulp (DMH)
- 3) Recht om te huwen
- 4) Recht op sociaaljuridische bijstand
- 5) Arbeidsrechten

3.1.4 Hier toch blijven zonder wettig verblijf?

MZ WV hebben weinig rechten waarop ze beroep kunnen doen in België (Atlas, 2018) en hebben geen toegang tot essentiële grondrechten zoals recht op werk of huisvesting. Deze beperkingen brengen enkele risico's met zich mee. Zo kunnen MZ WV gearresteerd worden en in een gesloten instelling worden geplaatst. Daar zal deze persoon worden geïdentificeerd, waarna eventueel een *laisser-passer* of repatriëring naar het thuisland volgt. MZ WV kunnen een SEFOR krijgen, dit is het bevel om het grondgebied te verlaten. Wanneer je een SEFOR ontvangt heb je uiterlijk 30 dagen om het grondgebied te verlaten.

Onderzoek (Kuehne, Huschke, & Bullinger, 2015) wijst uit dat het leven zonder wettelijk verblijf een impact heeft op de subjectieve gezondheid. Zo wordt zowel de mentale als de fysieke gezondheid negatief beïnvloed, mede door de sociaal-economische omstandigheden, stress, angst voor deportatie en het uitstellen van zorg. MZ WV leiden vaker aan een depressie of angst- en slaapstoornissen. Deze psychische klachten lijden vaak tot somatische klachten. (Andries, persoonlijke communicatie, 1 mei '18)

3.2 Dringende Medische Hulp

3.2.1 Historiek

De Belgische Staat richtte in 1895 een Koninklijke commissie op om de armenzorg te hervormen. Pas in 1925 werd dit door het parlement goedgekeurd en werd er de Commissie voor Openbare Onderstand opgericht met als taak "de ellende verminderen en voorkomen, en het organiseren van een dienst voor medische bijstand" (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2017, p.46). Doorheen de jaren werden deze Commissies voor Openbare Onderstand door Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn vervangen. OCMW's voorzien het recht op sociale bijstand. Deze sociale bijstand verleent iedereen de gelegenheid een leven te leiden conform aan de menselijke waardigheid.

In 1992 werd het hebben van een wettelijk verblijf een verplichte voorwaarde om elke vorm van sociale bijstand te kunnen verkrijgen. De enige uitzondering op deze regel is het recht op Dringende medische hulp. In 1996 werd de organische OCMW-wet verder aangepast. De taak van het OCMW werd beperkt tot 'het bieden van DMH ten overstaan van een vreemdeling die illegaal verblijft in het Koninkrijk'. (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2017, p.47) Datzelfde jaar werd een koninklijk besluit uitgevaardigd met als doel enerzijds een te ruime toepassing inzake de aard van de verleende hulp te beletten en anderzijds de medische hulpverlening minder restrictief in te vullen. (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2017). Met andere woorden werd er duidelijk gesteld dat het enkel ging om medische hulpverlening geattesteerd door een arts, en tegelijk dat de medische hulpverlening niet kon gereduceerd worden tot spoedeisende zorgen.

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 ambulantly 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. (Wet betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, 2017, artikel 57, § 2, lid 1)

Vandaag is DMH nog steeds onderwerp van debat en belangrijk binnen de migratiepolitiek.

3.2.2 Wat is DMH en hoe doe je hier beroep op?

DMH kan niet omschreven worden als dringende medische hulp zoals hulp die je krijgt bij de spoed of in het ziekenhuis. Zoals hierboven beschreven in artikel 57 § 2 van de OCMW wet worden onder DMH zowel curatieve of verzorgende als preventieve maatregelen begrepen (Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg, 2015). Concreet is DMH dus noodzakelijke hulp die het risico op ziekte probeert te vermijden voor personen en de omgeving.

Er zijn enkele voorwaarden (Riziv & Dokters van de Wereld, 2014) waaraan men moet voldoen om recht te hebben op DMH. Vooraleer MZWV recht hebben op DMH moet eerst een sociaal onderzoek gebeuren door het OCMW. Ieder OCMW beslist autonoom hoe ze dit

sociaal onderzoek voert. Er zijn vier minimale voorwaarden waaraan personen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor DMH.

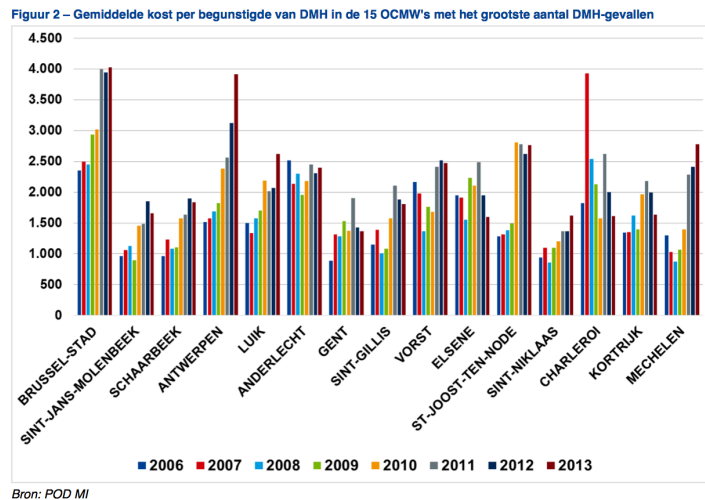
Als eerste moet je onwettig verblijven op het grondgebied België. Als tweede moet er een medisch attest van een dokter worden voorgelegd om de medische noodzaak aan te tonen. Ten derde moet de persoon de behoefteigheid kunnen aantonen, wat betekent dat deze persoon niet-verzekerbbaar is, nog geen waarborg heeft en over onvoldoende bestaansmiddelen beschikt. Dit wordt gecontroleerd door het OCMW. (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2015). Als laatste moet de behoefteige aantonen dat de woonplaats zich op hetzelfde grondgebied als het OCMW waar de aanvraag gebeurt bevindt. Nadat de aanvraag is ingediend, heeft het OCMW 30 dagen om te reageren. Wanneer de beslissing positief is, worden de medische kosten van de persoon tijdelijk of voor een langere tijd ten laste genomen door het OCMW. In bijlage 2 wordt de procedure om DMH aan te vragen schematisch voorgesteld.

3.2.3 Dringende Medische Hulp: Wat kost dat?

Eerst en vooral is het belangrijk om te kijken naar het aantal personen dat beroep deed op DMH. In 2013 waren dit 17.602 personen (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2015). Volgens een schatting van het KCE had 10%-20% van de MZWV toegang tot zorg door de DMH en maakte daar in 2013 minstens één keer gebruik van. Wanneer we dit vergelijken met de mensen die een ziekte, en invaliditeitsverzekering hebben, is er een groot verschil op te merken. Ongeveer 90% van de mensen met een ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) bezoekt minstens één keer per jaar een gezondheidsdienst.

Een medische waarborg wordt door het OCMW uitgevaardigd, maar uiteindelijk betaalt de Belgische staat de DMH, via de POD Maatschappelijke Integratie. In 2013 waren de totale kosten van DMH €44.688.492 waarvan z'n 70% van de kosten naar ziekenhuiskosten ging. In grafiek 3 wordt de gemiddelde kost per begunstigde voorgesteld, deze was in 2013 €2.539, maar deze uitgave per begunstigde kan sterk variëren van OCMW tot OCMW. Deze kost is iets minder dan 2% van de totale kost van de ZIV.

Grafiek 3: Gemiddelde kost per begunstigde van DMH in 15 OCMW's met grootste aantal DMH-gevallen



Noot. Herdrukt van *Synthese: Welke gezondheidszorg voor mensen zonder wettelijk verblijf*. Door Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg., 2015, p17, Brussel: KCE.

3.2.4 Rol van het OCMW

Het OCMW speelt een belangrijke rol in de procedure van DMH (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2015). In Antwerpen is dit Centrum het Plein. Elk OCMW beslist individueel welke gezondheidszorg wordt vergoed en welke niet. Deze kunnen globaal of beperkt zijn tot bepaalde zorg. De beslissingscriteria kunnen variëren van OCMW tot OCMW. Ook kan de periode van de ten laste name en het zelf betalen van geneesmiddelen variëren van OCMW tot OCMW. Door deze autonomie kan het OCMW zich aanpassen aan plaatselijke situaties en specifieker ingaan op individuele noden. Daarentegen kan dit ook leiden tot discriminerende beslissingen en tot een ongelijkwaardige toegang tot de gezondheidszorg.

3.2.5 Het belang van toegankelijke gezondheidszorg

Wat is nu zo belangrijk aan DMH? Het KCE beschrijft drie belangrijke redenen (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2015). Als eerste zijn er de Rechten van de Mens. De rechten van de Mens zijn onlosmakelijke rechten die de fundamentele waardigheid van elke persoon beschermt. Als tweede reden haalt het KCE de volksgezondheid aan. Bepaalde infectieziekten kunnen meer voorkomen bij MZWV, waardoor ook de volksgezondheid in gevaar kan komen. De laatste reden is de kostprijs. Men gaat er vaak vanuit kosten te sparen door MZWV de toegang tot zorg te ontfen, maar uit verschillende studies blijkt dit onjuist.

Avalosse, Vancorenland en Maron (Riziv & Dokters van de Wereld, 2014) beschrijven de gezondheidsongelijkheid. Gezondheidsongelijkheid is de verhouding tussen de gezondheid en de sociale klasse waarin een persoon zich bevindt. Hier blijkt dat mensen met een lage sociaaleconomische activiteit minder hoge levensverwachting hebben en hun gezondheid sneller achteruit gaat. Uit een studie van de CM (Riziv & Dokters van de Wereld, 2014) blijkt dat mensen uit de sociaal lagere klasse gemiddeld minder lang leven, minder gezond eten, ernstiger ziek zijn, een slechtere mentale gezondheid hebben, minder snel te bereiken zijn bij gezondheidspreventie, minder beroep doen op verzorgingsvoorzieningen en vaker de zorg uitstellen.

In het jaarboek voor armoede en uitsluiting (Nicaise. I., Schockaert, I., Wets, J. & Debosscher, T., 2011) werd het artikel "*armoede zonder papieren*" gepubliceerd. Onder andere de gezondheid van MZ WV werd hierin besproken. Uit dit onderzoek blijkt dat 39% van de bevroegden aangaf een slechte tot heel slechte gezondheid te hebben 27% gaf aan langdurig ziek te zijn. Op de vraag of mensen door gezondheidsredenen belemmerd werden om dagdagelijkse activiteiten uit te voeren, antwoordde 23% positief op. Ook eenzaamheid, slaapproblemen en nervositeit zijn een probleem bij MZ WV. Zo gaf 40% aan ernstige slaapproblemen te hebben, 58,2% nervositeit en 56,3% gaf aan eenzaam te zijn. Hierdoor riskeren MZ WV eerder mentale problemen dan andere Belgen.

3.3 Moeilijkheden bij DMH en de toegang tot gezondheidszorg

3.3.1 Moeilijkheden bij DMH

Dokters van de Wereld publiceerde samen met het RIZIV het Groenboek (2014) over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. In het artikel zijn de belangrijkste problemen/moeilijkheden van DMH opgesomd.

Als eerste probleem wordt de *fysieke toegang* tot het OCMW beschreven. Vaak neemt het OCMW meerdere taken op zich die veel breder gaan dan gezondheidszorg zelf, zoals financiële problemen, materiële problemen,... Hierdoor heeft het OCMW veel te doen en moeten mensen die beroep willen doen op medische hulp lang wachten. Omdat MZ WV zich in zeer precare situaties bevinden, zijn ze vaak ook angstig en wantrouwend tegenover openbare diensten als het OCMW. Bij sommige OCMW's worden mensen op een verschillende manier behandeld. De rechten waarover mensen beschikken, worden niet altijd meegedeeld en er is een verschil in behandeling tussen de verschillende cliënten.

Een tweede probleem is de *wettelijke beslissingstermijn*. Wanneer de datum van indienen niet duidelijk is, weet men ook niet wanneer de procedure van start ging. De wettelijke

beslissingstermijn is 30 dagen, maar deze termijn wordt vaak overschreden. Het gaat hier over mensen die medische hulp nodig hebben. Daar ze soms een maand en langer moeten wachten op een onzeker antwoord, gaan MZWV noodgedwongen naar de spoed.

Ook de *beslissingscriteria* om al dan niet DMH toe te kennen zorgt voor problemen. Er zijn grote verschillen tussen de OCMW's onderling. Elk OCMW heeft een eigen beoordelingsvrijheid. Daardoor is het zeer moeilijk om een duidelijk overzicht te krijgen van de criteria waaraan je moet voldoen. Zo zijn er OCMW's die ervan uit gaan dat als de persoon geen schulden heeft, hij bijgevolg niet behoeftig is. In bepaalde OCMW's kan je je niet aanmelden zonder ID-kaart, waardoor je geen DMH kan aanvragen en wordt er verkeerdelijk doorverwezen naar Fedasil. Soms krijgen mensen de beslissing opgestuurd via een aangetekende brief. MZWV kunnen hun identiteit niet altijd bewijzen en daardoor de brief niet in ontvangst nemen.

In 2012 werd een Memorandum uitgegeven (Samenlevingsopbouw, Dokters van de Wereld, Pigment, Medimmigrant & Jes, 2012). In dit Memorandum worden de knelpunten geschetst, van MZWV wanneer ze beroep willen doen op DMH. Deze uitgave kadert binnen de Brusselse context maar enkele punten zijn interessant om ook hier even te bekijken.

Het eerste knelpunt bij DMH is het *gebrek aan kennis en communicatie*. Uit onderzoek van DvdW in Brussel blijkt dat 98% van de MZWV recht had op terugbetaling van medische kosten en slechts 58,2% hiervan op de hoogte was. Hiervan zal slechts 34,4% effectief beroep doen op DMH dit omdat de procedure zeer ingewikkeld is en mensen afschrikt. Uiteindelijk ontvangt slechts 9,8% van alle mensen die een aanvraag deden een MWB. Ook bleek mond-tot-mondreclame de meest doeltreffende manier te zijn om informatie over DMH te delen. Daarenboven is het moeilijk voor de werknemers van het OCMW zelf om volledig op de hoogte te zijn van de procedure en hier genoeg informatie over te verschaffen.

Knelpunt twee is de *drempel aan het onthaal van het OCMW*. Steeds meer behoeftige mensen hebben begeleiding nodig om naar het OCMW te stappen. Hier heeft de reguliere hulpverlening geen middelen om deze begeleiding naar het OCMW te organiseren.

Als derde knelpunt wordt de *toegang tot medische zorgen* aangekaart. Via het systeem van DMH is er voor MZWV geen directe toegang tot gezondheidszorg. Vooraleer men een aanvraag kan indienen, moet men eigenlijk al een dokter hebben bezocht om een attest te laten invullen. MZWV ervaren ook problemen wanneer ze toegang willen tot

spoeddiensten. Hun problematiek wordt daar niet ernstig genoeg geschat, waardoor ze worden teruggestuurd.

Als laatste wordt het *probleem van thuis- en daklozen* aangetoond. Wanneer mensen een aanvraag indienen, moeten ze bewijzen dat ze op het grondgebied van het OCMW verblijven door middel van een adres. Dit staat nergens in het K.B. of in omzendbrieven, maar zorgt er wel voor dat enkelen moeilijkheden ondervinden wanneer ze een medisch attest willen aanvragen. Vaak hebben MZ WV een akkoord met iemand bij wie ze verblijven. Als deze persoon ook behoeftig is aan het OCMW vreest men dat de steun zal verlagen tot die van samenwonenden, wat bij sommige OCMW's ook gebeurt.

Kennis over DMH

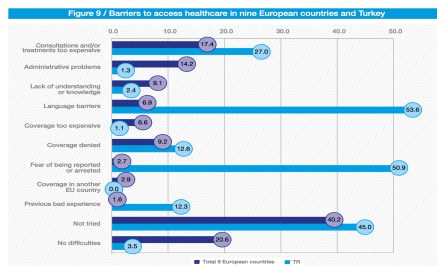
Uit vorige onderzoeken werd reeds aangetoond dat de kennis over DMH vaak beperkt is. Ook in het artikel "*armoede zonder papieren*" kwam dit aspect boven. De kennis over DMH werd bij 170 mensen zonder papieren bevraagd. Daaruit bleek dat slechts 1 op 2 de procedure DMH kent, en van de geïnformeerde mensen slechts 1 op 3 effectief stappen zet om zijn recht te doen gelden.

3.3.2 Gekende moeilijkheden tot de gezondheidszorg

Gekende drempels

DvdW (Doctors of the world, 2016) deed reeds onderzoek naar de drempels die het vaakst voorkomen wanneer nieuwkomers beroep willen doen op de gezondheidszorg, met andere woorden hoe toegankelijk de gezondheidszorg is. Hier is het interessant om deze bevindingen binnen een Europees kader te plaatsen. Het onderzoek gebeurde in de Europese landen (België, Frankrijk, Duitsland, Griekenland, Luxemburg, Noorwegen, Roemenië, Slovenië, Spanje, Zweden en Groot-Brittannië) waar DvdW actief is. Zoals uit grafiek 4 blijkt is de economische drempel en de administratieve drempel de meest voorkomende waren. Ook gaven patiënten aan dat ze maar beperkte kennis hadden van het systeem in het land waar ze verbleven.

Grafiek 4: Drempels voor toegang tot gezondheidszorg in negen EU-landen en Turkije



Noot. Herdrukt van International Network 2016 observatory Report: Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 14 countries door Doctors of the world, 2016. Europe: Dokters of the world.

Drempels nieuwkomers

Mensen van etnische minderheden (MEM) ervaren enkele moeilijkheden wanneer ze beroep willen doen op de gezondheidszorg. Deze bevindingen gaan dus over migranten en etnische, minderheden maar zijn tevens ook relevant om hier even onder de loep te nemen. De meest voorkomende problemen (Riziv & Dokters van de Wereld, 2014) voor deze groep zijn: communicatieproblemen en culturele verschillen, beperkte kennis van het zorgsysteem, financiële problemen, onthaalproblemen bij gezondheidsdiensten en administratieve problemen. Dit zijn moeilijkheden die reeds in bovenstaande onderzoeken werden aangekaart en die nog zullen terugkomen. Toch is het relevant deze te vermelden vanwege de invloed die ze hebben op de toegang tot gezondheidszorg voor deze doelgroep.

De communicatieproblemen en culturele verschillen worden vaak geminimaliseerd, maar zorgen ervoor dat de toegediende zorg minder kwaliteitsvol is. Het is aan het gastland om de zorg menswaardiger en kosten-efficiënter te maken. Dit kan door middel van tolken of intercultureel bemiddelaars. Voor MEM is het moeilijk om het gezondheidssysteem in België te begrijpen. Het is van belang dat dit systeem duidelijk wordt uitgelegd aan deze groep, waarvoor een totaalaanpak aangewezen is. Daartoe is een goede samenwerking tussen gezondheidszorg en welzijnszorg zeer belangrijk. Vaak hebben MEM ook financiële problemen, waardoor men het gevoel heeft nergens welkom te zijn. Hierdoor wordt de zorg uitgesteld en komt er vaak vertraging op de toe te dienen zorgen.

Maar ook administratieve problemen zorgen voor een hoop moeilijkheden om toegang te krijgen tot gezondheidszorg. Zo zorgt de taal, het ontbreken van eenduidigheid in de procedure en de beperkte samenwerking tussen de gezondheidszorg en de welzijnszorg voor problemen. De continuïteit van de gezondheidszorg wordt hierdoor bemoeilijkt.

Wanneer MEM beroep willen doen op gezondheidszorg, ervaart deze groep dus verschillende problemen. De gezondheidstoestand van MEM is minder goed dan deze van autochtone Belgen inzonderheid de geestelijke gezondheid. MEM hebben vaak een problematische achtergrond, ervaren discriminatie, hebben ze lange en zware procedures moeten doorlopen en ondervinden gevolgen van sociale declassering. Er is dan ook een integrale aanpak nodig waarbij zowel de lichamelijke en psychische als de sociaaleconomische situatie wordt bekeken.

Uit bovenstaand onderzoek blijkt dat een holistische of integrale aanpak nodig is wanneer er wordt gewerkt met deze kwetsbare doelgroep. De Universiteit van Antwerpen (Universiteit Antwerpen, 2018) deed reeds onderzoek naar de generalistische aanpak binnen het sociaal werk. Wanneer mensen armoede ervaren, uit zich dit op verschillende levensdomeinen en is de levenssituatie van de cliënt vaak heel complex. De verschillende problemen kunnen zich na verloop van tijd opstapelen en elkaar versterken. Deze mensen hebben vaak diverse hulpvragen, waarvoor er binnen de specialistische hulpverlening niet altijd ruimte voor is. Het is dan ook van belang dat een hulpverlener meer zicht heeft op de context van de cliënt. Hierdoor vermindert de kans dat deze door de mazen van het sociaal vangnet glipt. Met een generalistische basishouding wordt een integrale aanpak en een bredere kijkwijze bedoeld, waarbij de cliënt de kans wordt geboden om zelf zijn traject in handen te nemen. Hierbij is de dialoog tussen cliënt en hulpverleners van groot belang. Wanneer een hulpverlener zich in een gespecialiseerde organisatie bevindt, kan deze helpen om de weg naar andere gespecialiseerde diensten vrij te maken. Een specialistische dienstverlening blijft cruciaal maar zou een mooie aanvulling kunnen vormen met het generalistisch sociaal werk.

3.4 Aanbevelingen door Dokters van de Wereld over DMH

DvdW gaf enkele aanbevelingen om bepaalde administratieve hinderpalen weg te nemen en de toegang tot gezondheidszorg voor MZVW te verbeteren. De eerste aanbeveling gaat over de harmonisering en vereenvoudiging van de OCMW-werkwijzen in verband met de aanvraag van DMH. Verder pleit DvdW op middellang termijn ook voor de re-integratie van de aanvullende systemen, waaronder in eerste plaats DMH maar ook de parallelle systemen voor asielzoekers en gedetineerden, in een eenheidssysteem. Dit zou het discriminerende karakter van het bestaande systeem wegwerken.

4 GEZONDHEIDSZORG, IN ANTWERPEN, VOOR MENSEN ZONDER WETTELIJK VERBLIJF

Na het bekijken van de situatie in België, wordt in dit hoofdstuk de situatie in Antwerpen kort geschetst.

4.1 Mensen zonder wettelijk verblijf in Antwerpen

Zoals hierboven uitvoerig besproken, is het onmogelijk om vast te stellen hoeveel MZWV er nu exact in België verblijven. In Antwerpen is dit niet anders, maar er kan een ruwe schatting worden gemaakt. In Antwerpen zijn er 109.780 vreemdelingen (Stad Antwerpen, 2018). Als hier nu de redenering van KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2015) wordt toegepast, kan er een ruwe schatting gemaakt worden van het aantal MZWV in Antwerpen. Het aantal MZWV in Antwerpen zou dan tussen de 7685 en 14.271 personen liggen.

4.2 Dringende medische hulp

De POD MI (Andries, persoonlijke communicatie, 1 mei '18) geeft aan dat er in 2016, 1593 begunstigden waren van DMH in Antwerpen. Deze 1593 mensen, zouden ongeveer 11% - 21% van alle MZWV in Antwerpen zijn. In Antwerpen zijn nog veel MZWV die niet over terugbetaling van de medische kosten beschikken. Sommigen hebben geen nood aan medische hulp, anderen kennen de procedure niet of maken er geen gebruik van en nog anderen hebben een weigering van het OCMW gekregen. Het aantal weigeringen zou schommelen tussen de 42%-54% in Antwerpen. De redenen tot weigering zijn zeer gevarieerd. Er kan een weigering zijn zonder specifieke reden, weigering mee te werken aan het sociaal onderzoek, het niet naleven van de voorwaarden, het niet uitputten van rechten, onbevoegdheid van het OCMW, het inkomen te hoog of omdat de cliënt zelf afziet van de hulpverlening.

Tabel 2: Weigering van DMH –OCMW Antwerpen, Centrum Plein

Weigeringen van DMH - OCMW Antwerpen, Centrum Plein

Unieke voorstellen DMH	2012	2013	2014	2015	2016
Medische waarborg verlenen	1.123	1.721	1.827	1.230	843
Percentage verlenen	46%	54%	61%	58%	56%
Medische waarborg weigeren	1.333	1.468	1.147	903	661
Percentage weigeren	54%	46%	39%	42%	44%
Totaal aantal unieke voorstellen	2.456	3.189	2.974	2.133	1.504

Bron: OCMW Antwerpen, op vraag van een OCMW-raadslid

Noot: Herdrukt van Andries, A., persoonlijke communicatie.

4.3 Gezondheidsdiensten in Antwerpen voor MZWV

In Antwerpen zijn er naast DvdW, enkele andere organisaties die MZWVtoegang verlenen tot de gezondheidszorg. Deze organisaties worden hier kort opgesomd:

Zoals reeds vermeld speelt het OCMW een belangrijke rol in de procedure rond DMH. Hiervoor moet men een aanvraag doen bij het OCMW. In Antwerpen is OCMW Het Plein, verantwoordelijk voor MZWV.

Bij Kind & Gezin (Kind & Gezin, 2018), kunnen vrouwen die zwanger zijn en zonder wettelijk verblijf in Antwerpen resideren, terecht voor post en prenatale steun. Deze zorg wordt gratis aangeboden.

Een wijkgezondheidscentrum (wijkgezondheidscentrum De Regent, 2018) is een gezondheidscentrum met een interdisciplinair team waarbij iedereen welkom is. Men werkt met een forfaitair betalingssysteem. Hierdoor moet de patiënt niet rechtsreeks betalen, maar wordt alles verrekend met de mutualiteit. Een WGC heeft hierdoor een marge waardoor MZWV ook een kans krijgen. Maar ook andere al dan niet forfaitaire, groeps- of solopraktijken zetten hun deuren open voor MZWV, al is dat vaak in beperkte mate vanwege de administratieve complexiteit en de financiële onzekerheid.

Zorgteam (CAW Antwerpen, 2018) van het CAW, is er voor mensen die geen of verminderde toegang hebben tot gezondheidszorg. Het zorgteam wil op een laagdrempelige manier, gratis diensten verlenen. Het zorgteam heeft geen vaste stek en werken vaak outreachend.

Ghapro of gezondheidszorg en hulpverlening aan prostituees (Ghapro, 2018), verleent anonieme en gratis hulp aan vrouwen, mannen en transgenders, actief in de prostitutie.

Bij het helpcenter (Institute of tropical medicine Antwerp, 2018) van het Tropisch Instituut, worden er laagdrempelige raadplegingen aangeboden rond seksuele gezondheidszorg voor kwetsbare groepen.

Free Clinic (Free Clinic, 2018) geeft toegang aan de meest kwetsbaren. Doorheen de jaren ligt de focus en de specialisatie vooral op personen die afhankelijk zijn van illegale middelen. Deze zorgen zijn dus enkel voor mensen met een verslavingsproblematiek en worden gratis aangeboden.

Voor geestelijke gezondheidszorg kunnen MZ WV terecht bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, zoals CGG Andante of Vagga, ook al is de toegang moeilijk.

In de spoed en ziekenhuizen kunnen MZ WV ook terecht, maar vaak wordt hen wel een voorschot gevraagd waardoor de effectieve toegang beperkt blijft.

5 HOE WORDT DE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG EN DVDW ERVAREN DOOR MZ WV, IN ANTWERPEN?

Nu duidelijk is wat DMH betekend, de doelgroep MZ WV werd geschetst, de moeilijkheden en drempels zijn verklaard, de betrokken instellingen werden besproken, wordt nu de realiteit bekeken. Hier staat centraal hoe deze in de praktijk worden ervaren door MZ WV in Antwerpen. Dit gebeurt via groepswork en interviews.

5.1 Aanpak

5.1.1 Interview

Om de noden, de moeilijkheden en de ervaringen van patiënten in relatie tot de werking van DvdW en DMH te kennen, is gekozen om de patiënten te bevragen via persoonlijke interviews. De vragenlijst en de resultaten van dit interview kan u vinden in bijlage 3 en 4. Zowel patiënten die reeds lange tijd bij DvdW komen, als nieuwkomers werden bevraagd. Daarmee werd beoogd verschillende meningen en ervaringen te bekomen nauw aansluiten bij de realiteit. De interviews zijn individueel en in volle discretie gebeurd. Er werd duidelijk vermeld dat ik een student ben en niet gebonden ben aan DvdW. In totaal hebben er 26 interviews plaatsgevonden in het Nederlands, Frans en Engels.

Respondenten

De 26 respondenten zijn telkens persoonlijk gecontacteerd en geselecteerd op de ervaring die ze met DvdW of het gezondheidssysteem hebben. Deze selectie gebeurde niet ad random omdat patiënten ervaring met DvdW als het gezondheidssysteem in, België nodig hadden.

Het aantal mannen en vrouwen is verdeeld in overeenstemming met het aantal bezoekers van DvdW. Zo zijn er meer mannen (n=17) dan vrouwen bevraagd (n=9). De respondenten komen uit zowat alle hoeken van de wereld. Er werden iets meer mensen van Marokkaanse afkomst (n=6) bevraagd, omdat deze ook sterker vertegenwoordigd zijn als patiënten bij DvdW. De grootste groep (n=14) waren minder dan 10 jaar in België en slechts een klein deel van de bevraagden is in het bezit van Belgische papieren (n=2). Het merendeel (n=24) bezit bij gevolg geen wettelijke verblijfspapieren.

De respondenten werd gevraagd hoe ze hun gezondheid ervaarden. De algemene gezondheid en fysieke gezondheid werd ongeveer door de helft heel slecht tot eerder slecht ervaren. Opvallend is dat de mentale gezondheid door ongeveer $\frac{3}{4}$ van de respondenten

als heel slecht tot eerder slecht wordt ervaren. Dit door het frequent ervaren van stress, slecht slapen en geen toekomstbeeld kunnen vormen.

Opmerkingen

- De patiënten die werden geïnterviewd bevonden zich in de omgeving van DvdW. Hierdoor kan het dat ze niet volledig voluit durfden te communiceren over hun ervaring bij DvdW, in negatieve zin.
- De patiënten die werden geïnterviewd zijn, mensen die de weg naar DvdW reeds hebben gevonden en die bereid zijn om over hun ervaringen te spreken. Hierdoor wordt een grote groep mensen uitgesloten die de weg naar DvdW niet heeft gevonden of mensen die slechts één keer naar DvdW kwamen.
- De interviews gebeurden in het Nederlands, Frans en Engels. Mensen die deze talen niet meester zijn, werden bij gevolg niet geïnterviewd.
- Tijdens het interview werd naar de ervaring en belevingen van de patiënten gevraagd. Het is belangrijk om iedere ervaring binnen de juiste context te plaatsen. Zo gaven de respondenten aan dat ze de hulp bij DvdW heel goed vonden. Dit omdat ze nergens anders terecht kunnen en het hier in vergelijking met hun land van herkomst beter is.

Hieronder worden de resultaten van het interview nader bekeken en wordt er even stil gestaan bij enkele opvallende feiten. De resultaten werden geclusterd in groepen om zo een goed beeld te vormen. Eerst wordt de toegang tot gezondheidszorg bekeken, daarna DMH en als laatste de ervaringen van patiënten bij DvdW. De resultaten zijn uitgebreid uitgeschreven. Dit is van belang om de aanbevelingen vorm te geven en de opzet van het groepswork te begrijpen. Er wordt ook gebruik gemaakt van citaten van de respondenten. De interviews zijn in volle anonimiteit afgenomen en worden dan ook anoniem weergegeven.

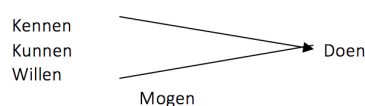
5.1.2 Groepswork

Het groepswork of de participatiegroep is een belangrijk deel van deze scriptie. Tijdens het groepswork werd nagedacht over pijnpunten en aanbevelingen. Het belang van groepswork en participatie wordt hier even geschetst. Zoals vermeld in de definitie is sociaal-cultureel volwassenwerk: "een onderdeel van het beleidsveld sociaal-cultureel werk; het omvat activiteiten die de ontplooiing van volwassenen en hun maatschappelijke participatie willen bevorderen; personen nemen er vrijwillig deel aan, los van enig schoolverband en los van elke vorm van beroepsopleiding" (Cockx, 2010, p. 58)

Na het afnemen van de interviews, werden de respondenten uitgenodigd om deel te nemen

aan groepswerk. Hier werden de resultaten besproken, bepaalde pijnpunten blootgelegd en concrete ideeën besproken. Het doel was om met deze groep mensen, vanuit hun ervaringen, aanbevelingen te kunnen geven aan DvdW of andere instanties. De participatie van de patiënten stond centraal, maar ook het empoweren van de deelnemers speelde een cruciale rol. De term cliëntparticipatie (Sok, Kok, Royers & Panhuijzen, 2009) komt hier dan ook naar boven. Met cliëntparticipatie wordt de invloed en het meedenken binnen een organisatie van de cliënt bedoeld. Tijdens dit groepswerk werd er vooral op het symbolisch interactieniveau gewerkt. Patiënten werden geïnformeerd en geraadpleegd maar de uiteindelijke beslissing ligt bij het bestuur.

Om de deelnemers te activeren is er rekening gehouden met vier elementen die leiden tot participatief handelen (Cockx, 2010). Als eerste element is er de *kennis* die een deelnemer heeft over een bepaald thema en deze kennis kan toepassen. Ervaringen kunnen delen en deze uiten is dus belangrijk. Ook moeten deelnemers over de *vaardigheden* beschikken om dit te doen. In deze participatiegroep was dit vooral enige kennis van het Nederlands en ervaring met DvdW, die vereist waren. Als derde moeten de deelnemers *gemotiveerd* zijn om deel te nemen. Tijdens het groepswerk werd vooral vermeld dat hun stem de situatie voor lotgenoten kan verbeteren en dat hun mening zeer belangrijk is voor de werking van DvdW. Als laatste element moeten er *mogelijkheden* zijn voor de deelnemers om deel te nemen. De vraag kwam hier vanuit DvdW en men is bereid om naar de aanbevelingen te luisteren. Via deze vier elementen doorloop je een proces dat tot handelen leidt.



Tijdens de participatiegroep werd er gebruik gemaakt van twee interventie strategieën. Deze zijn de empowerment-strategie en de sociale veranderingsstrategie (Cockx, 2010).

Bij de empowerment-strategie gaat het erom de deelnemende individuen te versterken en ze kennis, vaardigheden en attitudes aan te reiken. De deelnemers worden bewustgemaakt en krijgen op deze manier meer vat op hun leven (Van Regenmortel, 2002). Hier wordt de definitie van Van Regenwortel gehanteerd: "Empowerment is een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie." (Van Regenwortel, 2009, p. 24)

Vanuit deze empowermentbenadering wordt een situatie bottom-up bekeken. De empowermentbenadering fixeert zich niet op de negatieve zaken maar kijkt in plaats daarvan naar positieve zaken. Er wordt gezocht naar krachten waarover mensen beschikken en er wordt met deze krachten aan de slag gegaan. Hierbij is de identificatie van de omgevingsinvloeden van belang en wordt het idee van 'blaming the victim' uit de weg gegaan. Deze krachtgerichte zorg vraagt twee basiswaarden: passende participatie en een positieve basishouding (Van Regenwortel, 2009).

Er wordt geprobeerd aan empowerment te werken op microniveau (Team Scw KdG, 2011), door mensen de kans te geven tot leren en bewustwording te stimuleren. Hierdoor wordt de kritische ingesteldheid van mensen aangewakkerd en wordt de betrokkenheid gestimuleerd. Het krachtenperspectief (Van Regenwortel, 2009) staat centraal, waarbij cliënten de ruimte krijgen hun capaciteiten te laten groeien en te veranderen. Hierdoor ontwikkelt de cliënt vaardigheden met toename van zelfbewustzijn en zelfvertrouwen.

Op mesoniveau (Team Scw KdG, 2011) zal empowerment mensen samenbrengen, aan de hand van gemeenschappelijke behoeften. In groep zal invloed uitgeoefend worden op een organisatie of de eigen leefomgeving. Mensen worden gestimuleerd om hun krachten te bundelen en deze collectief in te zetten. Deelnemers van een groep worden gestimuleerd om invloed uit te oefenen op een organisatie en mee te participeren. Mensen kunnen elkaar versterken en van elkaar leren. Dit komt ook terug als een kracht van groepswork met MZVW bij Filet Divers. De krachtbronnen (Van Regenwortel, 2009) in de eigen omgeving van de cliënt, zijn bijvoorbeeld vrienden of lotgenoten. Hier staat de kracht van het lotgenootcontact centraal. "Eigen kracht gaat bij empowerment hand in hand met een gedeelde verantwoordelijkheid." (Van Regenwortel, 2009, P. 29)

Empowerment op macroniveau (Team Scw KdG, 2011) gaat dan veeleer over het kritisch bekijken van onderliggende sociale- en machtsstructuren en de macht hebben om veranderingen door te voeren. Door kritische analyse kan men maatschappelijke veranderingen op poot zetten die de huidige samenleving meer rechtvaardig maakt. Het actief (Van Regenwortel, 2009) burgerschap wordt aangemoedigd waarbij de kracht en inzet van de burger wordt ingezet. Het is van belang deze drie niveaus met elkaar in verbinding te brengen en verder te kijken dan het individuele model.

Daarnaast stond ook de sociale veranderstrategie centraal (Cockx, 2010). Deze heeft als primair doel een sociale verandering teweegbrengen. Deze sociale verandering gebeurt tegen de achtergrond van een duurzame, vreedzame en solidaire samenleving met een menswaardig bestaan voor iedereen. Tijdens de participatiegroep werd deze sociale

veranderstrategie meer gekaderd binnen de organisatie van DvdW. Er werd gewerkt rond bepaalde zaken die minder goed lopen bij DvdW. Het uiteindelijke doel is bepaalde veranderingen waar te maken en van DvdW een nog meer toegankelijke organisatie te maken.

Tijdens het interview met de groepsbegeleidster van de Mezopa-groep (Van Loon, persoonlijke communicatie, 15 mei '18) werden enkele moeilijkheden aangehaald wanneer je werkt met MZ WV. De groep is dan wel verbonden door het feit dat niemand over papieren beschikt, toch is ze zeer divers en hebben alle mensen een andere achtergrond, andere noden, andere kennis,... Hierdoor is het een zeer complexe en moeilijke doelgroep om mee aan de slag te gaan. Er moet een goed evenwicht gevonden worden tussen alle verschillende ervaringen en achtergronden. MZ WV leven in een soort overlevingsmodus, waardoor het moeilijk is om het bij één thema te houden dat niet direct iets oplevert voor hen. Het is dus geen gemakkelijke doelgroep om mee te werken, maar het is van uiterst belang dat de stem van deze groep gehoord wordt. Het werk bekrachtigend om ervaringen en moeilijkheden te horen van anderen en hoe die hiermee omgaan. Hieruit leren en eigen gedrag aanpassen, kan ertoe leiden dat iemand stappen durft te zetten. Dit is dus aan empowerment werken op meso niveau waarbij mensen elkaar bekrachtigen en versterken.

De participatiegroep van DvdW werd opgezet om meer inspraak te krijgen in het beleid van DvdW en ook om de hulpverlening meer op maat van de patiënten te organiseren. De basis van het groepswork waren de resultaten van het interview. Voor de eerste sessie was de helft van de respondenten uitgenodigd: uiteindelijk was er een groepje van 12 personen aanwezig. Niet alle respondenten werden uitgenodigd omdat enige kennis van het Nederlands noodzakelijk was voor een vlotte werking. Tijdens de eerste sessie werden vooral de resultaten van het interview besproken en werd afgetoetst of deze volgens hen strookten met de realiteit en of ze nog opmerkingen hadden. Daarna zijn we verder gegaan met een kleiner en actiever groepje van vijf personen. Deze waren niet altijd allemaal aanwezig maar er werd geprobeerd ieders stem te laten horen. Er werden een tiental suggesties gedaan over thema's waarover er verder zou worden nagedacht. Deze thema's waren; mentale gezondheid, spoed, kennis over DMH, medicatie bij DvdW, doorverwijzing naar een specialist, communicatie bij DvdW, wachttijden bij DvdW, administratieve moeilijkheden, financiële moeilijkheden en de moeilijkheden wanneer mensen DMH willen aanvragen. Uiteindelijk selecteerden de deelnemers volgende vier thema's; de (interne) communicatie bij DvdW, medicatie bij DvdW, kennis over DMH en mentale gezondheid.

Tijdens de derde sessie is er aan de slag gegaan met het thema geestelijke gezondheid. Er werd dieper ingegaan op de moeilijkheden die de deelnemers ervaren en wat zou helpen

om vooral stress te verminderen. Alle opmerkingen en ideeën kwamen van de deelnemers zelf. De twee daaropvolgende sessies werd het thema communicatie bij DvdW behandeld. Als eerste mochten de deelnemers alle positieve en negatieve zaken in verband met dit thema aangeven. Hierna werd gekeken hoe negatieve zaken omzet kunnen worden tot iets positief.

Het thema medicatie bij DvdW werd niet apart behandeld omdat dit terugkwam tijdens de sessie rond communicatie bij DvdW. Ook de kennis over DMH werd niet meer behandeld. Door de complexiteit van het thema en het aflopen van de stage kon het thema kennis over DMH niet meer behandeld worden.

5.2 Toegang tot gezondheidszorg

De resultaten van het interview en het groepswork worden hier onder de loep genomen. Eerst worden de bevindingen van de Mezopa-groep bekeken. Deze zijn relevant, omdat ze de ervaringen van MZVV weergeven, maar dan buiten de context van DvdW. Daarna bekijken we de resultaten van het interview en het thema "geestelijke gezondheid" vanuit het groepswork.

5.2.1 Mezopa groep Filet Divers: Dringende medische hulp

De Mezopa-groep (Van Loon, persoonlijke communicatie, 15 mei '18) is een groep van mensen zonder papieren die actief is bij Filet Divers. Filet Divers is een erkende organisatie waar armen het woord nemen. Door groepswork probeert men om op een structurele manier aan armoedebestrijding te doen. Sinds een jaar is de Mezopa-groep zeer actief en werd er door de deelnemers voor het thema gezondheidszorg gekozen. Tijdens het groepswork werden de drempels, moeilijkheden en ervaringen gedeeld met betrekking tot de toegang tot gezondheidszorg in Antwerpen. Hieronder worden enkele bevindingen van de Mezopa-groep nader besproken.

Tijdens de Mezopa-groep werden drie belangrijke thema's besproken, namelijk: het ontbreken van kennis, afwezigheid van informatie en geen vragen durven stellen wanneer iets fout loopt. Vaak botsen MZVV op verschillende drempels. Deze worden echter snel aanvaardt en men stelt hier geen vragen bij. Het is vaak moeilijk om op te komen voor zichzelf. Mensen aanvaarden het feit dat iets niet lukt, heel snel. Mensen durven dan ook niet altijd naar bepaalde diensten gaan zoals het OCMW, apotheek, dokter,... omdat het de eerste keren niet gelukt is en men zonder het nog eens te proberen, er zich bij neer legt. Enkel de mensen die sterker in hun schoenen staan of die hulp krijgen, lijken over de drempels heen te raken. Voor kwetsbaardere mensen is outreach werk vaak effectiever. Ze moeten de stap tot hulp niet zelf zetten. Uit de ervaringen lijkt het alsof het recht op

gezondheidszorg voor MZWV wordt bepaald door allerlei toevalligheden en willekeur. Naast de drempels die de MZWV ervaren, werd er ook vastgesteld dat hulpverleners niet weten wat DMH is, of de gevoeligheid van deze doelgroep niet goed kunnen inschatten en hier vaak geen voeling mee hebben.

Uit deze bevindingen kwamen enkele aanbevelingen. Als eerste zou de term “dringend”, uit DMH moeten verdwijnen. Deze zorgt voor onnodige onduidelijkheid en verwarring bij hulpvrager en hulpverlener. De tweede aanbeveling buigt zich over de complexiteit van de OCMW-procedure. Deze zou eenduidiger en eenvoudiger moeten zijn, zodat mensen ook weten wat hun rechten zijn en er effectief beroep op kunnen doen. Als derde zouden alle hulpverleners die in contact komen met deze groep, via vorming en opleiding, meer voeling moeten krijgen met hun sociale context. Het doel is om een juist beeld te krijgen van de situatie waarin iemand leeft.

5.2.2 Interview

Als eerste werd bekeken hoe de respondenten de drempels ervaren, zoals geformuleerd in eerder onderzoek van DvdW. De respondenten werd gevraagd de graad van de drempel aan te geven op een schaal van zes. Wanneer men één tot en met drie aangaf, werd het beschouwd als een drempel, vier tot en met zes werd als geen of een kleine drempel beschouwd.

Het meerderdeel van de respondenten gaf aan dat de *financiële drempel* zeer hoog is. Dit is mede de reden waardoor ze naar DvdW komen: de consultatie en medicatie is gratis. Mensen durven niet naar een apotheek, dokter of ziekenhuis gaan, omdat ze het niet kunnen betalen of geen voorschot kunnen betalen. Hierdoor heeft men geen toegang tot gezondheidszorg en stelt men de zorg uit.

“Wanneer je geen MWB hebt dan heb je overal een groot probleem. Je mag nergens binnen voor je een voorschot betaalt. Wanneer je dit geld niet hebt mag je niet binnen.”

“Ik moest het gips van mijn zoon doorknippen want ik kon het niet betalen om terug te gaan naar het ziekenhuis.”

“Vele dokters zijn wel vriendelijk en vaak kan je gratis op consultatie, maar de medicatie is een probleem. Wanneer je geen werk hebt, kan je dit niet betalen en blijf je ziek.”

Administratie blijkt ook een heikel punt te zijn. Met administratie wordt bedoeld alle papieren, formulieren, bewijzen, aanvragen,...die men in orde moet brengen vooraleer men beroep kan doen op gezondheidszorg en gebruik kan maken van gezondheidszorg.

"Het maakte me heel kwaad dat mensen me niet konden helpen omdat ik niet alle formulieren mee kon brengen. Ik was ziek en men kon me niet helpen. Alles in orde brengen is zeer moeilijk en al zeker wanneer je ziek bent. Dan heb je geen energie om van hier, naar daar te lopen om allerlei papieren in orde te brengen."

Ook werd aangegeven dat men niet altijd wist wat te doen met alle papieren en welke papieren men in orde moest brengen. Mensen die hier aangaven dat het geen probleem was, kregen vaak hulp van sociaalassistenten of andere hulpverleners.

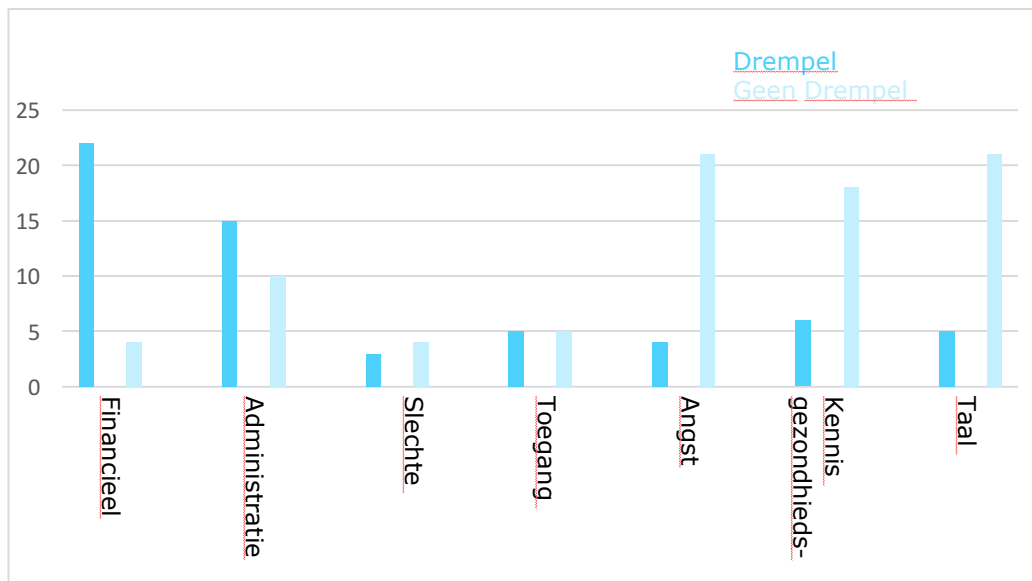
Opvallend is dat *taal* hier niet als een drempel wordt ervaren. Dit kan te wijten zijn omdat de interviews gebeurden met mensen die het Engels, Nederlands of Frans beheersen. Wanneer men een van deze talen beheerst, ervaart het grootste deel van de respondenten dus geen moeilijkheden. Anderzijds waren er respondenten die aangaven dat dit wel moeilijk was. Dit waren mensen die zich iets minder konden uitdrukken of die het taalgebruik van de hulpverlener als te moeilijk ervoeren.

"Soms krijg ik stress bij de dokter omdat ik niet goed begrijp wat de dokter aan het vertellen is. Ik durf niet altijd vragen of hij trager wil praten of moeilijke woorden kan uitleggen. Soms heb ik het gevoel dat de dokter me niet goed begrijpt en ik terug naar huis ga zonder mijn klacht te hebben uitgelegd."

De meeste respondenten hadden geen *angst* voor arrestatie of angst dat hun gegevens worden doorgespeeld via hulpverleners naar autoriteiten.

"Ik heb niets te verliezen dus waarom zou ik bang zijn om te worden opgepakt?"

Grafiek 5: drempels tot gezondheidszorg

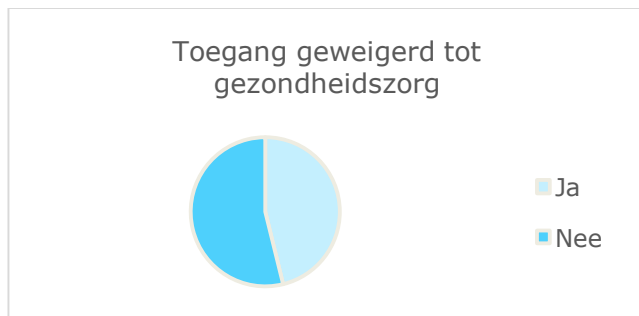


Na het bekijken van de drempels tot gezondheidszorg wordt nu even stilgestaan bij de effectieve toegang tot het zorgsysteem. Respondenten kregen hier de vraag of de toegang tot zorg hen al eens werd ontzegd. Hier gaf 47% aan dat hen de toegang tot zorg al eens werd ontzegd of dat men hulp wenste maar deze niet kreeg. Bij de 53% die aangaf dat dit nog nooit was voorgekomen zijn er ook respondenten die aangeven nooit een andere poging te hebben gedaan dan bij DvdW. Respondenten die verklaarden reeds geweigerd te zijn, gaven aan dat het OCMW hen de hulp niet bood zoals gewenst. Ook gaf men aan dat zorg werd ontzegd vanwege het niet beschikken over de juiste papieren of de consultatie niet kon betalen.

“Ik had mijn arm gebroken en ging naar de spoed maar daar wou men me niet helpen omdat ik geen papieren had en het voorschot niet kon betalen. Ik ben dan heel kwaad geworden waardoor ze me uiteindelijk wel hebben geholpen.”

“Mijn MWB werd door het OCMW ingetrokken omdat ik volgens het OCMW niet meer voldeed aan de voorwaarden. Hierdoor mocht ik niet meer naar mijn huisarts gaan en moest ik alle afspraken in het ziekenhuis afbellen want zonder waarborg helpen ze me niet.”

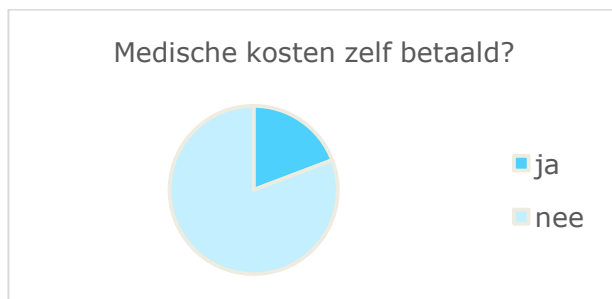
Grafiek 6: Toegang geweigerd tot gezondheidszorg



Het financiële aspect is, zoals hierboven blijkt, zeer belangrijk. Slechts 19% van de respondenten gaf aan zelf hun medische kosten te betalen. Dit houdt in dat men zelf medicatie, dokter, ziekenhuis,... heeft bekostigd. Het grootste aantal, 81% geeft aan zijn medische kosten niet zelf te betalen. Medische kosten worden dan betaald door een Medische Waarborg, DvdW of andere zoals familie of vrienden.

“Wanneer je geen geld hebt, kan je het ook niet uitgeven aan je gezondheid!”

Grafiek 7: Medische kosten



Voor de respondenten is het niet altijd evident om toegang te krijgen tot gezondheidszorg. Aan hen werd gevraagd of ze naast DvdW ook nog andere plaatsen bezochten zoals huisdokter, ziekenhuis of spoed. Hier gaven 20 van de 26 respondenten aan dat ze ooit eens een *huisarts* bezochten. Men was over het algemeen zeer tevreden over de zorg die ze hier kregen. De zorg bij de huisarts werd vaak afgebroken door het intrekken van de MWB, de prijs of het verliezen of niet hebben van verblijfsdocumenten.

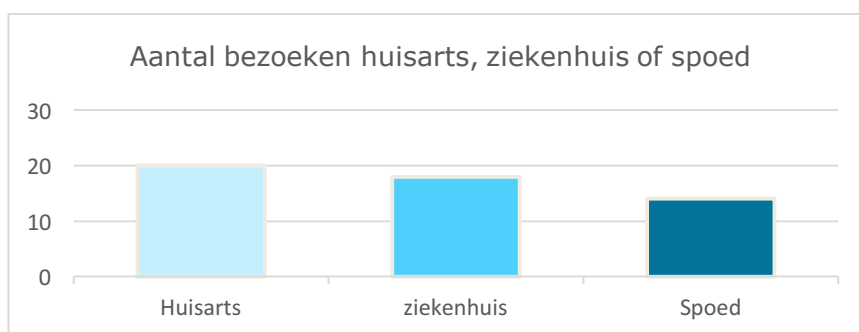
“De huisarts kende me goed en kende mijn medische geschiedenis maar door het wegvallen van mijn MWB kan ik niet meer terecht bij mijn huisarts en moet ik naar DvdW komen.”

Achttien respondenten zochten reeds eerder hulp in een *ziekenhuis*. Hier was men over het algemeen vrij tevreden over de zorgen die men kreeg en hield men er een positief gevoel aan over. Wel opvallend was dat de respondenten enkel naar het ziekenhuis gingen wanneer men een MWB had of als men werd doorgestuurd via DvdW.

Als laatste werd bekeken of mensen ervaringen hadden met de *spoeddienst*. Bijna de helft van de respondenten (n=14) gaf aan al eens naar de spoed te zijn gegaan. Ook hier was men over het algemeen tevreden over de zorgen die men kreeg. Meer dan de helft van de respondenten gaf aan met de ambulance naar het ziekenhuis te zijn gevoerd. Hier werd vaak de reden gegeven dat men niet eerder naar een dokter kon gaan en dat het op een gegeven moment de aandoening dermate escaleerde dat een spoedopname de enige oplossing of uitweg was.

“Ik had al een lange tijd last van mijn nieren maar kon niet naar de arts gaan om dit te laten onderzoeken. Op een avond ben ik flauwgevallen, een vriend belde een ambulance. In de spoed werd ik goed geholpen maar achteraf kwam wel een grote rekening die ik niet kan betalen.”

Grafiek 8: consultaties huisarts, ziekenhuis of spoed

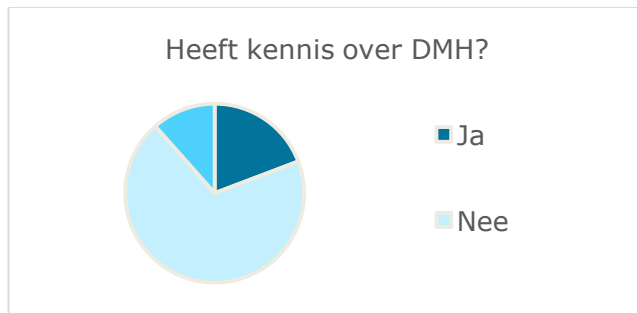


Dringende medische hulp

Naast de toegang tot gezondheidszorg werden de respondenten bevraagd over DMH en hoe ze deze procedure beleefden. Zo werd gevraagd of mensen de term DMH kenden en of ze wisten wat hun rechten waren. Opvallend is dat de grote meerderheid (n=18) van de respondenten dit niet kon omschrijven en ook geen idee had, dat men over deze rechten beschikte. Mensen gaven aan hier geen idee van te hebben en dat deze informatie niet tot bij hen geraakt. Mensen die aangaven wel te weten wat DMH is, kenden deze term dan weer vanuit de hulpverlening binnen DvdW.

“Niemand heeft me ooit uitgelegd dat ik over deze rechten beschik. Ik heb alles zelf uitgezocht en ben zelf naar het OCMW toegestapt. Ik denk dat dit wel moeilijk is voor mensen die geen Nederlands spreken en nog niet lang in Antwerpen verblijven.”

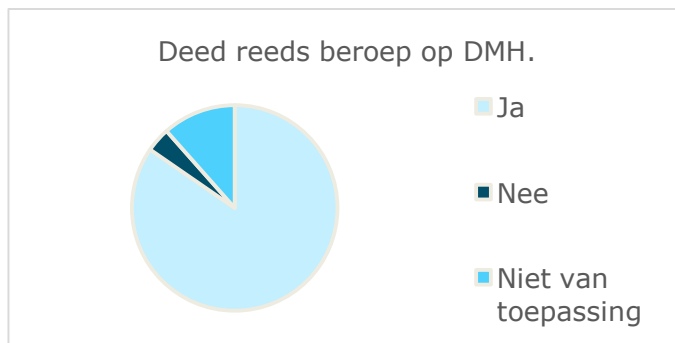
Grafiek 9: Kennis over DMH



Een groot deel van de respondenten (n=22) heeft reeds beroep gedaan op DMH. Hiermee wordt bedoeld dat men een aanvraag heeft ingediend bij het OCMW. Deze aanvraag kan zowel een negatieve als positieve uitslag hebben gehad. Deze procedure werd door een groot deel van de respondenten als moeilijk ervaren. Er waren enkele chronisch zieken die aangaven een MWB te hebben gehad maar dat deze, door een verandering in hun sociale context, terug werd ingetrokken en nu terug moeten steunen op de hulp van DvdW.

Ik had alles goed geregeld, ik had een MWB, een vaste vriendin, een vast adres en ik kon naar het ziekenhuis om mijn gewrichten te laten onderzoeken. Maar toen ging mijn vriendin vreemd met mijn broer waardoor ik niet meer bij haar kon wonen. Nu zie ik mijn zoontje niet meer, heb ik geen contact meer met mijn broer en heb ik geen vast adres. Hierdoor ben ik ook mijn MWB verloren, waardoor ik niet meer naar het ziekenhuis kan gaan. Mijn hele leven is sinds dit voorval in duigen gevallen en ik heb de moed niet meer om terug te vechten voor een nieuwe MWB.

Grafiek 10: Deed een aanvraag voor een MWB



Zoals hierboven beschreven, ervoeren de respondenten verschillende moeilijkheden. Uit de interviews kwamen vier belangrijke moeilijkheden boven.

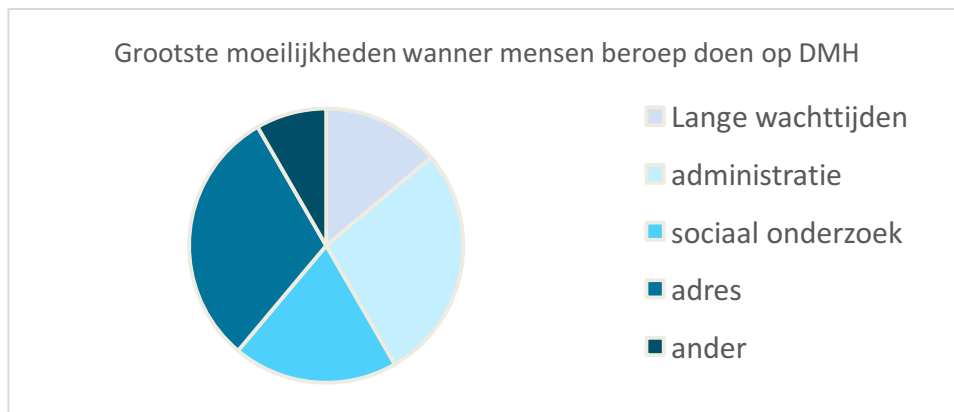
Als eerste gaf men *lange wachttijden* aan. Wanneer de aanvraag is ingediend moet men een tijdje wachten op het antwoord van het OCMW. Dit is voor de respondenten een zeer onzekere tijd en wanneer je ziek bent, wil je direct hulp en geen maand meer wachten. *Administratie* werd reeds als drempel besproken en ook hier komt dit terug. Men vindt het moeilijk om alle nodige documenten binnen te brengen. De respondenten geven aan niet goed te begrijpen wat verwacht wordt en welke documenten moeten meegebracht worden. Gelinkt aan administratie is het *sociaal onderzoek*. Het OCMW zal namelijk onderzoeken of de persoon aan de juiste voorwaarden voldoet. Het huisbezoek en het binnenbrengen van de juiste bewijsstukken is voor velen zeer moeilijk. Men beschikt namelijk niet altijd over een persoonlijke woonst beschikt. Zo heeft men ook toestemming nodig van de persoon waarmee men samenwoont. Het opgeven van een *adres* is dus voor velen een hele opgave.

“Het is zeer moeilijk om iemand te vinden die zijn adres wil geven aan het OCMW. Niemand van mijn vrienden wil dit doen omdat ze bang zijn. Ik ben al blij dat ik ergens kan slapen. Ik zal dus ook niet aandringen om het adres te geven aan het OCMW.”

“Toen ik bij het OCMW aankwam, had ik het gevoel dat ze me niet wilden helpen. Ze gaven geen informatie en legden heel slecht uit wat ik juist in orde moest brengen.”

“Wanneer iemand ziek is, is het onmenselijk dat deze nog zo lang moet wachten op een beslissing van het OCMW.”

Grafiek 11: Moeilijkheden bij aanvraag van DMH



5.2.3 Groepswerk

Tijdens het interview werd aangegeven dat de meeste respondenten hun geestelijke gezondheid als slecht ervaren. Tijdens het groepswerk werd hier dieper op ingegaan. Het ging vooral over stress en het effect dat stress heeft op lichaam en leven.

- Egel-effect: wanneer er stress wordt ervaren gaat de persoon zich afsluiten van de buitenwereld en iedereen die wil helpen, afkaatsen.

“Het is soms heel moeilijk om de situatie waarin je leeft steeds opnieuw uit te leggen en telkens alle problemen boven te halen. Ik zit dan liever thuis zonder iemand te zien of te spreken voor enkele dagen.”

“Ik heb wel vrienden, maar het is moeilijk wanneer je geen geld hebt om leuke dingen te doen met deze vrienden. Omdat ik geen geld heb, durf ik niet meer zoveel met mijn vrienden af te spreken.”

- Niet veel praten en geen mensen opzoeken.

“Wanneer ik veel stress heb over zaken wil ik liefst niemand zien. Ik voel me soms beschaamd door alle problemen dat ik er ook niet met vrienden over wil praten.”

“In België ken ik niemand waarbij ik even al mijn problemen kwijt kan. Ik vertel ze dan aan de mensen van DvdW, maar deze kan ik niet iedere dag spreken.”

- Gaan slapen met zeer veel dingen aan het hoofd, slecht in slaap geraken of niet kunnen slapen.

“Vaak lig ik 's avonds in bed en komen alle problemen boven. Hierdoor kan ik niet meer in slaap vallen en worden mijn gedachten over de toekomst niet beter.”

- Te veel nadenken over alles, geen rust meer vinden in je hoofd.

- Heel veel eten of juist heel weinig eten wanneer er veel stress wordt ervaren.

Samen bedachten we enkele zaken die ervoor zouden zorgen dat de stress wat kan verminderen en bepaalde zaken beter een plaats kunnen geven.

- Samen sporten
- Samen over problemen praten
- Samen oplossingen zoeken voor bepaalde problemen

Met "samen" bedoelden de deelnemers zowel MZ WV als mensen met papieren, mensen die al lang in Antwerpen zijn als mensen die er pas zijn. Van elkaar leren en elkaar versterken staat hier centraal.

- Een rustige plaats krijgen in DvdW om je verhaal te vertellen aan de sociaalassistent. Voor sommige mensen is het belangrijk om in een prikkelvrije ruimte te zitten zonder al het materiaal te zien, het lawaai uit de wachtzaal te horen, ...
- Activiteiten en bezigheden zoeken voor mensen zodat men de gedachten even kan verzetten.

"Wanneer ik bezig ben met dieren vergeet ik even al mijn problemen. Ik heb al enkele keren aan een boer gevraagd of ik mag helpen, maar vaak kunnen ze me niet helpen omdat ik geen papieren heb."

- Yoga

"Na de yoga moet ik altijd eventjes wenen, maar daarna voel ik me terug rustig.

5.3 Hoe wordt de werking van Dokters van de Wereld ervaren?

De toegang tot gezondheidszorg loopt dus niet van een leien dakje. Hoe loopt dit bij DvdW? Welke zaken lopen goed en wat loopt minder goed. Wanneer dit duidelijk is, wordt er gekeken hoe het groepswork bepaalde pijnpunten beleeft en aanbevelingen formuleert om deze negatieve zaken om te zetten in iets positief.

5.3.1 Interview

De respondenten werd gevraagd welke zaken ze goed en minder goed vinden bij DvdW. Over het algemeen waren alle patiënten tevreden over de hulp die ze kregen bij DvdW. Deze dankbaarheid heeft ook te maken met het feit dat dit de enige praktijk is waar men een uitgebreid medisch onderzoek krijgt en men niet hoeft te betalen. Opvallend was dat het grootste deel van de respondenten (n=19) reeds meer dan een jaar op consultatie kwam naar DvdW.

De redenen hiervoor zijn vooral de problemen met de MWB (n=15) en het niet krijgen van specifieke hulp waardoor de situatie niet verbetert. Er werd dan ook gevraagd of men het gevoel heeft dat hun(medische) situatie is verbeterd sinds de komst naar DvdW. Hier gaf de meerderheid (n=15) aan dat hun situatie verbeterd is. Als verbetering worden de toegang tot medicatie en de doorverwijzing naar een specialist aangehaald. Een ander deel (n=10) gaf aan, niet dat gevoel te hebben. Dit wordt vooral ervaren door het gebrek aan vooruitgang en een effectieve oplossing.

De medische hulp, de sociale hulp en de toegang tot medicatie werden als goed ervaren. Men is zeer tevreden over de ervaring bij de dokter of verpleegster en de medische consultatie. Ook over de sociale hulp was men zeer tevreden. Vooral de opvolging van het dossier en de begeleiding op meerdere domeinen, werden positief ervaren. Medicatie is een belangrijke reden en wordt als positief ervaren. Men is zeer dankbaar dat men gratis medicatie krijgt of deze kan ophalen.

“Door de hulp van DvdW ben ik geopereerd en ben ik nu terug genezen. Zonder de hulp van DvdW was dit nooit gelukt! Ik ben de werknemers dan ook heel dankbaar.”

“Sinds ik naar DvdW kom, heb ik al veel minder stress. Ik kan eindelijk weer medicatie nemen en om de zoveel tijd spreek ik met een psycholoog. Ook werden er verschillende adresjes gegeven van organisaties waar ik naar toe kon gaan om activiteiten te doen. Ik ga nu één keer per week naar IFCA. Ik ben zeer blij dat DvdW me hierbij heeft geholpen.”

Grafiek 12: Welke zaken worden als goed ervaren bij DvdW



Welke zaken worden minder goed ervaren bij DvdW?

Men beschrijft situaties als: niet concreet geholpen worden, de communicatie bij DvdW, wachten en medicatie. Enkelen gaven aan niet concreet te zijn geholpen. Hiermee wordt bedoeld dat men een probleem ervaart, maar dat daar geen specifiek antwoord op wordt

geboden. Dit kan bijvoorbeeld zijn over het niet zien van een specialist of zich niet begrepen voelen. Als een van de grootste pijnpunten werd de interne communicatie bij DvdW aangehaald. De respondenten hadden vaak het gevoel dat dokters, verpleging, sociaal assistenten, de dossiers vooraf niet lezen en daardoor hun verhaal telkens opnieuw moeten vertellen. Ook heeft men het gevoel dat er fouten gemaakt worden door het gebrek aan duidelijke communicatie intern vooral op het vlak van medicatie. Ook het wachten is een pijnpunt voor enkele respondenten, hier gaat het vooral over het zeer vroeg moeten komen om je in te schrijven en vervolgens soms een hele voormiddag te moesten wachten tot je effectief op consultatie kan. Medicatie bespraken we reeds als een positief punt maar dit werd ook anders ervaren. Men gaf aan soms medicatie mee te krijgen zonder enige uitleg over wat het was en welke effecten het middel heeft. Ook werd de opvolging van de medicatie niet altijd als positief ervaren.

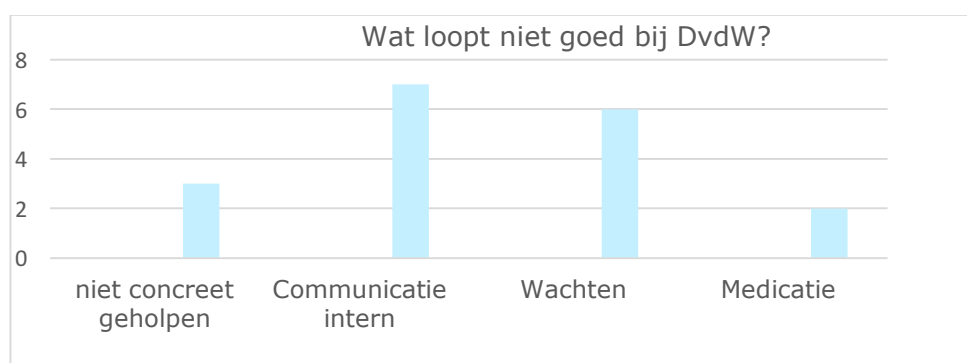
“Het is heel moeilijk dat je steeds zo vroeg moet komen en het telkens op hetzelfde moment is. Deze uren vallen samen met de schooluren. Wanneer je ziek bent, heb je geen zin om buiten te wachten. Dan ben je nog niet zeker te zijn van een plaatsje.”

“Ik heb het gevoel dat ik een specialist moet zien, maar hier lijken ze daar geen aandacht voor te hebben. Zonder het zien van de specialist is er geen vooruitgang en blijf ik me ziek voelen.”

“Ik had het gevoel dat ze me bij DvdW niet goed begrepen en me niet wilden begrijpen. Door communicatiefouten is het vertrouwen voor een tijdje geschonden geweest, waardoor ik niet meer wou komen. Toch zijn vele problemen niet opgelost geraakt en blijf ik met een wrang gevoel zitten.”

“De eerste keer dat ik naar DvdW kwam, was zeer moeilijk voor mij. Ik kon de mensen niet goed verstaan en er werd me ook niet uitgelegd wat er allemaal ging gebeuren.

Grafiek 13: Welke zaken worden als minder goed ervaren bij DvdW



5.3.2 Groepswerk

Interne communicatie bij DvdW

Er werd nagedacht over de communicatie bij DvdW en hoe de deelnemers deze ervaren. Zowel de positieve als negatieve punten werden besproken. Deze vormen dan de basis om nieuwe ideeën en suggesties voor Dokters van de Wereld te formuleren.

- Positieve punten die werden aangehaald i.v.m. de interne communicatie bij DvdW:
 - Uitleg op papier door de sociale dienst. De sociale dienst geeft vaak alle informatie mee op papier. Hierdoor kan de patiënt thuis nog enkele zaken nalezen.

“Soms begrijp ik niet alles van wat de dokter tegen me vertelde of wat de sociaalassistent uitlegt. Het is gemakkelijk wanneer ik een briefje meekrijg en thuis met google-translate kan vertalen”

- Het elektronische dossier dat iedere patiënt heeft. Hier wordt alle informatie verzameld over de patiënt.
- Tijdens de sociale consultatie wordt er veel tijd vrij gemaakt. Zo kunnen mensen op hun gemak hun verhaal vertellen.

“De sociaalassistenten zijn heel goed, er is veel tijd om rustig te vertellen en ze luisteren zeer goed naar je verhaal.”

- Oude systeem van donderdag waarbij men zich kon aanmelden op vaste tijdstip en dan een ander uur of dag mogen terugkomen.
- Er worden gratis zorgen voorzien. Men hoeft niet te betalen.
- Mensen worden opgebeld voor een afspraak. Hierdoor worden ze herinnerd aan de afspraak.
- MZVV kunnen terecht bij DvdW.
- Niet alleen de gezondheid maar ook andere problemen worden bekeken door de sociaalassistenten.

“Het is fijn wanneer een sociaalassistent ook even helpt met andere problemen. Hierdoor heb ik minder stress en heb ik het gevoel dat ik echt word geholpen.”

- Negatieve punten i.v.m. de interne communicatie bij DvdW
 - Wanneer een afspraak niet doorgaat of wanneer deze gewijzigd wordt, krijg je niet altijd een verwittiging.

“Ik stond hier eens en mijn afspraak was geschrapt! Niemand had dit laten weten en ik heb alles zelf moeten regelen. Uiteindelijk kon ik dan toch naar

de dokter, maar dit was niet mijn vaste dokter waardoor ik opnieuw alle informatie moest vertellen.”

- De dokter geeft niet altijd genoeg uitleg tijdens een consultatie waardoor mensen vaak vertrekken met het gevoel dat ze niet goed hebben begrepen wat er nu juist aan de hand is.
- Doorgeven van informatie tussen de dokters loopt moeilijk.

“Telkens ik op consultatie kom, word ik behandeld door een andere dokter. Ik moet dan ook telkens mijn verhaal opnieuw vertellen.”

“De dokter wou me geen medicatie meegeven omdat de vorige dokter dit niet juist had genoteerd. Hierdoor heb ik twee weken zonder medicatie moeten rondkomen.”

- De dokter begrijpen, door het gebrekkig spreken van Nederlands, is vaak zeer moeilijk.
- Dokter gebruikt soms moeilijke woorden die men niet begrijpt.

“Ik vraag het steeds aan de dokter wanneer ik iets niet begrijp, maar ik denk dat er veel mensen zijn die dit niet durven. Deze mensen gaan dan weg zonder te weten wat de dokter nu juist bedoelde.”

- Dokters noteren de informatie soms slecht in het elektronische dossier. De patiënten hebben vaak het gevoel dezelfde informatie te moeten herhalen.
- Patiënten moeten zich reeds om 8u30 aanmelden, soms moet men wachten tot 12u. Hierdoor verliest men de hele voormiddag.
- Opvolgen van de medicatie loopt soms mis. Soms weten de dokters niet van elkaar wat er is meegegeven. Ook weten patiënten niet altijd waarom ze bepaalde medicatie meekrijgen en wat die medicatie doet. Patiënten hebben vaak andere verwachtingen naar medicatie toe dan kan worden ingelost.
- Het onthaal belt mensen op die een afspraak hebben, maar spreken geen voicemail in. Daardoor ontstaat er verwarring en weten mensen niet wat te doen.

Vanuit deze bevindingen heeft de participatiegroep verder nagedacht hoe bepaalde zaken anders kunnen worden aangepakt.

- Niet alleen kijken naar de gezondheid maar ook naar andere problemen. Een holistische manier van kijken wordt door de patiënten als positief ervaren. Er werd dan ook geopperd om dit vaker en actiever te doen.

- Het tolken, dit de telefoon, officiële tolken of een persoon in de wachtzaal. Hierdoor komt alle informatie tot bij de persoon.
- Gezondheid staat boven budget.
- Meegeven van een brief aan de patiënten met de informatie die werd besproken tijdens de consultatie. Op die manier kan de patiënt de informatie thuis nalezen en vertalen indien nodig.
- Uitleg in verschillende talen en met foto's, om bepaalde procedures uit te leggen of om meer duidelijkheid te krijgen over hoe medicatie moet worden ingenomen.
- Dokters moeten beter noteren in het elektronisch dossier om fouten en misverstanden te voorkomen.
- Iedere patiënt (die hier voor een langere tijd komt) krijgt een boekje mee met informatie over de consultatie en de meegegeven medicatie. De patiënt is zelf verantwoordelijk voor dit boekje. Het zorgt ervoor dat de patiënt meer controle krijgt over de situatie. Wanneer er moeilijkheden met de computer blijken te zijn kunnen deze door het boekje worden opgelost.
- Verschil tussen de oude en de nieuwe patiënten. Oude patiënten kunnen zich aanmelden bij het onthaal en kunnen op een bepaald uur terugkomen. Nieuwe patiënten moeten zich aanmelden en een uitgebreide uitleg krijgen over wat er gaat gebeuren. Deze nieuwe patiënten moeten wel blijven wachten in de wachtzaal.
- Wanneer een afspraak niet meer doorgaat of wordt gewijzigd zou de patiënt worden opgebeld en zal DvdW ervoor zorgen dat alle zaken worden geregeld zodat de patiënt zich hier niet druk over hoeft te maken.

6 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Ingaande op de eerste onderzoeksvraag, “Wat de ervaringen van de patiënten van DvdW zijn over de toegang tot gezondheidszorg en DvdW Antwerpen?”, kunnen we het volgende concluderen:

Op basis van literatuurstudie, interviews en groepswork blijkt dat de gezondheidszorg in Antwerpen voor MZWV niet optimaal is. Er zijn tal van mogelijkheden, maar deze zijn niet voor iedereen bereikbaar of begrijpelijk. Mensen kennen hun rechten niet en hulporganisaties geven deze informatie onvoldoende door. Hierdoor loopt de toegang tot gezondheidszorg stroef. Deze gezondheidszorg is nochtans uiterst belangrijk. De levensverwachting, de algemene gezondheid en geestelijke gezondheid van MZWV is een stuk slechter dan die van Belgen. MZWV stellen zorg vaker uit en hebben het gevoel niet overal terecht te kunnen. Dit komt doordat ze reeds werden geweigerd, geen moed meer hebben om nog pogingen te ondernemen, het systeem niet kennen, niet over de juiste papieren beschikken en geen vragen durven stellen over de situatie. Daarnaast loopt de publieke gezondheid gevaar wanneer mensen worden uitgesloten uit de gezondheidszorg en lopen de kosten hoger op.

MZWV bevinden zich in een zeer precarie situatie. Deze groep leeft aan de onderkant van onze samenleving en heeft amper rechten. Men botst op tal van moeilijkheden waardoor het beroep doen op de gezondheidszorg een hele uitdaging wordt. Vooral de administratieve drempel, communicatieproblemen, de financiële drempel en de kennis over gezondheidszorg blijken struikelblokken te zijn. Bij het OCMW verloopt het moeizaam en krijgen MZWV te weinig informatie om een aanvraag tot DMH te ondernemen. Men krijgt niet alle papieren in orde, kan geen adres vinden, begrijpt niet goed wat het OCMW van hen verwacht, durft niet naar de dokter zonder geld om een attest aan te vragen enzovoort. Hierdoor blijven problemen aanslepen en kunnen ze escaleren waardoor men onterecht beroep doet op de spoeddiensten van het ziekenhuis. De term DMH blijft zowel voor de hulpvrager als voor de hulpverlener een moeilijk begrip waar veel misverstanden rond bestaan. Deze onduidelijkheid zorgt voor nog meer inefficiëntie in deze ingewikkelde procedure.

Wanneer MZWV een MWB hebben, is men tevreden over de zorgen die men krijgt. De weg naar een MWB is zeer moeilijk en wordt zelden door mensen alleen doorlopen. Wanneer mensen steun krijgen van een organisatie (zoals DvdW) lijkt dit wel te lukken. DvdW Antwerpen is in deze context dan ook broodnodig. Er vallen nog veel mensen door de mazen van het net, waardoor ze geen toegang hebben tot gezondheidszorg, terwijl ze hier

wel recht op hebben. De organisatie van DvdW is niet ideaal maar biedt voor velen steun in moeilijke tijden. Mensen ervaren de hulpverlening bij DvdW over het algemeen als positief. Men is zeer tevreden over de medische hulp, de sociale hulp en de medicatie die men krijgt. DvdW heeft ook haar gebreken. Zo ervaren de patiënten de interne communicatie, de lange wachttijden, het ontbreken van concrete hulp en medicatie als zaken die stroef lopen. Doordat DvdW met vrijwilligers werkt, slaagt men er ook niet in optimale zorgcontinuïteit te bieden.

Op basis van deze analyse worden enkele aanbevelingen geformuleerd om een oplossing te bieden aan de vastgestelde problemen. Sommige aanbevelingen werden samen met de participatiegroep opgesteld, anderen volgden uit het interview, de eigen analyse en visie op de problematiek. Aanbevelingen 3, 5 en 6 zijn rechtstreeks uit het groepswerk tot stand gekomen. In deze aanbevelingen komt de tweede onderzoeksvraag aan bod, namelijk: "Hoe kan Dokters van de Wereld zijn werking beter afstemmen op de noden en wensen van de patiënten en de toegang tot reguliere zorg verlagen?". Hier wordt beoogd de organisatie van DvdW meer op maat te maken van de patiënten en de patiënten beter te begeleiden tot de reguliere gezondheidszorg.

Aanbeveling 1: Generalistisch sociaal werk

Een holistische visie staat centraal. Vanuit deze visie wordt de gehele problematiek van de cliënt bekeken en de samenwerking tussen de zorg- en welzijnssector verder uitgebouwd. De individuele en interdisciplinaire dienstverlening zou baat hebben bij deze holistische visie. Dit werd ook tijdens het groepswerk aangehaald. Cliënten hebben het gevoel beter geholpen te worden wanneer hun gehele situatie wordt bekeken. Wanneer een hulpverlener op meer levensdomeinen werkt en noden op verschillende domeinen bekijkt, wordt dit door cliënten als positief ervaren.

Concreet betekent dit voor DvdW dat ze zich meer uit de specialistische hulpverlening mogen verplaatsen om zich ook op andere levensdomeinen van de cliënt te begeven. Dit kan door de cliënt zijn eigen traject in handen te laten nemen en de cliënt te begeleiden tot andere gespecialiseerde diensten. Binnen dit proces wordt de cliënt actief betrokken. Het leggen van bruggen tussen verschillende organisaties om de cliënt optimaal bij te staan is van belang, evenals het opzetten van een constructieve samenwerking tussen verschillende diensten waarbij de doorverwijzing en opvolging soepeler verlopen. Ook kan DvdW meer uit de rol van de maatschappelijke dienstverlening treden en bepaalde zaken vanuit een andere visie benaderen, zoals vanuit groepswerk.

Aanbeveling 2: Groepswerk

Deze tweede aanbeveling sluit aan bij de aanbeveling van generalistisch sociaal werk. Met deze aanbeveling wordt het nut van groepswerk benadrukt en wordt aangespoord om naast de individuele benadering ook aan hulpverlening te doen op groepsniveau en de patiënten meer te betrekken binnen de organisatie. Het groepswerk opgezet in het kader van mijn stage werd door de patiënten als positief ervaren. Aangezien DvdW één van de weinige organisaties is die MZWV in zulke aantallen bereikt, zou het een grensverleggende en baanbrekende stap zijn deze mensen juist hier een stem te geven en te betrekken in de organisatie. DvdW zou via deze methode meer op maat kunnen werken van deze doelgroep. Dit patiëntgericht werken kan leiden tot een positieve evolutie van de organisatie, waarbij de patiënt betrokken wordt. Zo kunnen ideeën van bottom-up komen. DvdW bevindt zich bij de bron van ervaringen van deze moeilijk te bereiken groep. Dit biedt unieke kansen om zich meer te profileren op het vlak van structureel werk.

Niet alleen voor de organisatie levert het groepswerk een positief effect op. Via *empowerment* en participatie wordt de cliënt vanuit een kracht benaderd. Hierdoor wordt de cliënt de vaardigheden aangeleerd om meer grip te krijgen op zijn eigen situatie. Het maakt de deelnemers bewust van de context van hun situatie en de onderliggende structuren. In aanbeveling drie wordt verder ingegaan op de gemeenschappelijke activiteiten en het positieve effect voor de geestelijke gezondheid.

Aanbeveling 3: "Samen"

Uit de literatuurstudie, het interview en het groepswerk bleek dat de geestelijke gezondheid van MZWV niet zeer goed is. Er werd aangegeven meer nodig te hebben dan de individuele begeleiding. Zo kwam het idee om "samen" dingen te ondernemen tijdens het groepswerk. Met "samen" wordt geen homogene groep bedoeld van mensen die zich in dezelfde situatie bevinden, maar juist een heterogene groep. Het delen van ervaringen, op elkaar kunnen steunen en van elkaar leren staat centraal. Hoe "samen iets doen" concreet wordt ingevuld is uiteindelijk bijzaak. Dit kan sporten zijn, praten, ideeën delen, oplossingen zoeken,... Door zaken in groep te doen, kan de stress verminderen, heeft de deelnemer kans om zijn sociale netwerk uit te bouwen en kan hij uit ervaringen van anderen kracht putten.

Aanbeveling 4: Eenduidigheid

De procedure voor DMH, de term DMH, de MWB,... Het zijn ingewikkelde zaken waarbij sommige professionele hulpverleners zich geen raad weten, laat staan de MZWV. Hierbij is het aangewezen om de procedure, de term, het gebruik, enzovoort eenduidiger te maken en duidelijke afspraken te maken in de procedure. Hierdoor wordt het gebruik en het

effectief beroep doen op DHM, makkelijker. Zowel de hulpverlener als hulpvrager krijgt een beter beeld over de procedure en het proces.

Bij DvdW zou deze eenduidigheid de complexiteit verminderen voor patiënten en vrijwilligers. Enkele praktische zaken kunnen verbeteren. Daarbij wordt gedacht aan de informatie en communicatie over de wachtzaal, wachttijden, welke hulp wordt geboden en welke niet, of een doorverwijzing naar de specialist mogelijk is, wat het doel is van DvdW, etc. Door hier duidelijk over te communiceren, worden enkele misverstanden en onduidelijkheden uit de weg gegaan. Een duidelijke en gedeelde visie van de vrijwilligers is dan ook van belang om helderheid te creëren naar de patiënt toe. Hierop blijvend inzetten is dan ook cruciaal.

Aanbeveling 5: Aanmelden en wachttijden

Aansluitend bij aanbeveling vier, waar het mede over duidelijkheid gaat bij DvdW, kwam er vanuit de groep het idee om het aanmelden en de wachttijden te veranderen. Bestaande patiënten (mensen die reeds ingeschreven zijn en reeds langs de sociale dienst gingen) zouden zich kunnen aanmelden om 9 uur. De bestaande patiënt zou dan een uur krijgen wanneer ze effectief op consultatie kunnen komen. Zo verliezen deze patiënten minder tijd en wordt de wachtzaal minder druk bezet. Nieuwe patiënten daarentegen zouden zich moeten aanmelden en in de wachtzaal blijven zitten tot de consultatie, want deze moeten wel nog naar de sociaal assistent en verpleging. Het is belangrijk de patiënten in te lichten over wachttijden en de procedure. Dit voorkomt stress en onduidelijkheid bij de patiënt.

Aanbeveling 6: Communicatie tussen patiënt en hulpverlener

De communicatie tussen de patiënt en de hulpverlener wordt als stroef ervaren. De groep bedacht een eenvoudige manier om communicatieproblemen uit de weg te gaan. De hulpverlener zou meer uitleg kunnen meegeven aan de patiënt op een briefje. Op die manier kan de patiënt dit thuis nalezen en het eventueel laten vertalen. Zo kunnen moeilijke termen en uitleg bij medicatie verduidelijkt worden aan de patiënt. Wanneer er medicatie wordt aangeboden, is het zeer belangrijk dat de patiënt duidelijk geïnformeerd wordt hoe de medicatie dient genomen te worden en welke de werking en de nevenwerking is.

Voor patiënten die langere tijd komen en veel medicatie nodig hebben, wordt een opvolgboekje meegegeven. De patiënt krijgt deze mee met alle informatie over zijn medicatie (wat, hoeveelheid, waarom,...). Dit boekje kan hij bij iedere consultatie terug meebrengen. Op die manier heeft de patiënt het gevoel van controle en niet volledig te moeten vertrouwen op het computersysteem waar soms zaken in ontbreken. Belangrijk is

dan wel dat dit boekje consequent ingevuld wordt. In bijlage 4 werd een voorbeeld uitgewerkt.

7 BIBLIOGRAFIE

Agentschap Integratie & Inburgering. (2018). *Mensen zonder wettig verblijf*. Geraadpleegd op 1 mei 2018 via <http://www.agii.be/thema/bijzondere-groepen/mensen-zonder-wettig-verblijf>.

Atlas. (2018). *Mensen zonder wettelijk verblijf* [Brochure]. Antwerpen: Atlas.

Caw Antwerpen. (2018). *Zorgteam Antwerpen*. Geraadpleegd op 5 mei '18 via <http://www.cawantwerpen.be/zorgteam>

Chauvin P, S. N. (2015). *Access to healthcare for people facing multiple health vulnerabilities in 26 cities across 11 countries*. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada. Parijs : Dokters van de Wereld.

Cockx, F. (2010). *De maatschappelijke activeringsfunctie*. In Cockx,F. (red), *De functie(s) van sociaal-cultureel werk: resultaten van een visieontwikkelingstraject met , door en voor het sociaal-cultureel volwassenwerk in Vlaanderen*. Brussel: Socius.

Commissariaat-Generaal voor Vluchtelingen en de staatlozen. (2017). *Asielstatistieken december 2017* [Overheidspublicatie]. Brussel: Commissariaat-Generaal voor Vluchtelingen en de staatlozen.

Doctors of the world. (2016). *International Network 2016 observatory Report: Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 1é countries* [Observatory report]. Europe: Doctors of the wold.

Dokters van de Wereld België. (2016). *Strategisch plan 2016-2018 voor Dokters van de Wereld – België* [Strategisch plan] . Brussel: Dokters van de Wereld.

Dokters van de Wereld. (2014). *Belgische projecten: Cijfers 2014*. [Jaarrapport]. Brussel: Dokters van de Wereld.

Dokters van de Wereld. (2014). *Dokters van de Wereld België*. Geraadpleegd op 6 april '18 via

https://dujieoqn176qs.cloudfront.net/sites/www.doktersvandewereld.be/files/page/attachments/mdm_charte_des_valeurs_nl_octobre_2014.pdf

Dokters van de Wereld. (2016). *De essentie: Dokters van de wereld* [Jaarverslag]. Brussel: Dokters van de wereld.

Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg. (2015). *Synthese: Welke gezondheidszorg voor mensen zonder wettelijk verblijf?* [Rapport]. Brussel: KCE.

Free Clinic. (2018). *Welkom bij Free Clinic* vzw. Geraadpleegd op 5 mei '18 via <http://free-clinic.be>

Geldof, D. (2013). *Superdiversiteit: Hoe migratie onze samenleving verandert*. Acco, Leuven.

Ghapro. (2018). *Welkom*. Geraadpleegd op 5 mei '18 via <http://www.ghapro.be/nl/index.html>

IASSW (2014). *New global definition of the social work profession*. Melbourne: IASSW General Assembly.

Institute of tropical medicine Antwerp. (2018). *Helpcenter: Wat is helpcenter?*. Geraadpleegd op 5 mei '18 via <https://www.itg.be/n/helpcenter>

Kind & Gezin. (2018). *Missie en waarden: Doelgroep*. Geraadpleegd op 6 mei '18 via <https://www.kindengezin.be/over-kind-en-gezin/missie-en-waarden/diversiteit-en-kinderrechten/doelgroep/>

Kuehne, A., Huschke, S., & Bullinger, M. (2015). *Subjective health of undocumented migrants in Germany - a mixed methods approach*. BMC Public Health, 15, 926-937. doi: 10.1186/s12889-015-2268-2

Médecins du monde (2017). *Falling through the cracks: The failure of Universal Healthcare Coverage in Europe* [Observatory Report]. Europe: European Union.

Nicaise, I., Schockaert, I., Wets, J. & Debosscher, T. (2011). *Armoede zonder papieren* [Jaarboek armoede en uitsluiting]. Antwerpen: Oases.

- Samenlevingsopbouw, Dokters van de Wereld, Pigment, Medimmigrant & Jes. (2012). *Memorandum: Waar knelt het schoentje?* [Memorandum]. Brussel: Karen De Clerqe.
- Sok, K., Kok, E., Royers, T. & Panhuijzen, B. (2009). *Cliëntenparticipatie in beeld: Inventarisatie praktijkvoorbeelden van cliëntenparticipatie*. [Rapport]. Utrecht: Movisie.
- Spencer, S., Hughes, V. (2015). *Outside and in: Legal Entitlements to Health Care and Education for Migrants with Irregular Status in Europe* [Report]. Oxford: University of Oxford.
- Stad Antwerpen. (2018). *Rapport bevolkingsloop Antwerpen*. Geraadpleegd op 1 mei 2018 via https://stadincijfers.antwerpen.be/databank/Report?id=bevolkingsverloop&input_geo
- Team SCW KdG. (2011). *Onze visie op ScW: 'Verbinden door empowerment'*. Antwerpen: KdG.
- Universiteit Antwerpen. (2018). *Info project: Generalistisch werkt* [Brochure]. Antwerpen: Universiteit Antwerpen.
- Van Regenmortel, T. (2002). *Theoretische situering van het empowermentparadigma en andere concepten*. In: *Empowerment en Maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven: Acco, pp. 47-120.
- Van Regenwortel, T. (2009). *Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg*. *Journal of Social Intervention: Theory and practice*, 18(4), pp. 22-42.
- Wet betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn. (2017). Geraadpleegd op 14 mei '18 via http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1976070835&table_name=wet
- Wijkgezondheidscentrum De Regent. (2018). *Het wijkgezondheidscentrum is: toegankelijk*. Geraadpleegd op 5 mei '18 via <https://wgcderegent.be/het-wgc-is/>

8 BIJLAGE

Bijlage 1: Voornaamste klachten DvdW

De voornaamste medische klachten zijn in volgorde:

1. Spijsverteringsstelsel
2. Spier-pees-botstelsel
3. Huid
4. Ademhalingsstelsel
5. Cardiovasculair systeem
6. Geestelijke gezondheid
7. Zwangerschap, geboorte en familieplanning
8. Endocrien systeem

4% van de consultaties waren het directe gevolg van geweldpleging.

Geestelijke gezondheid

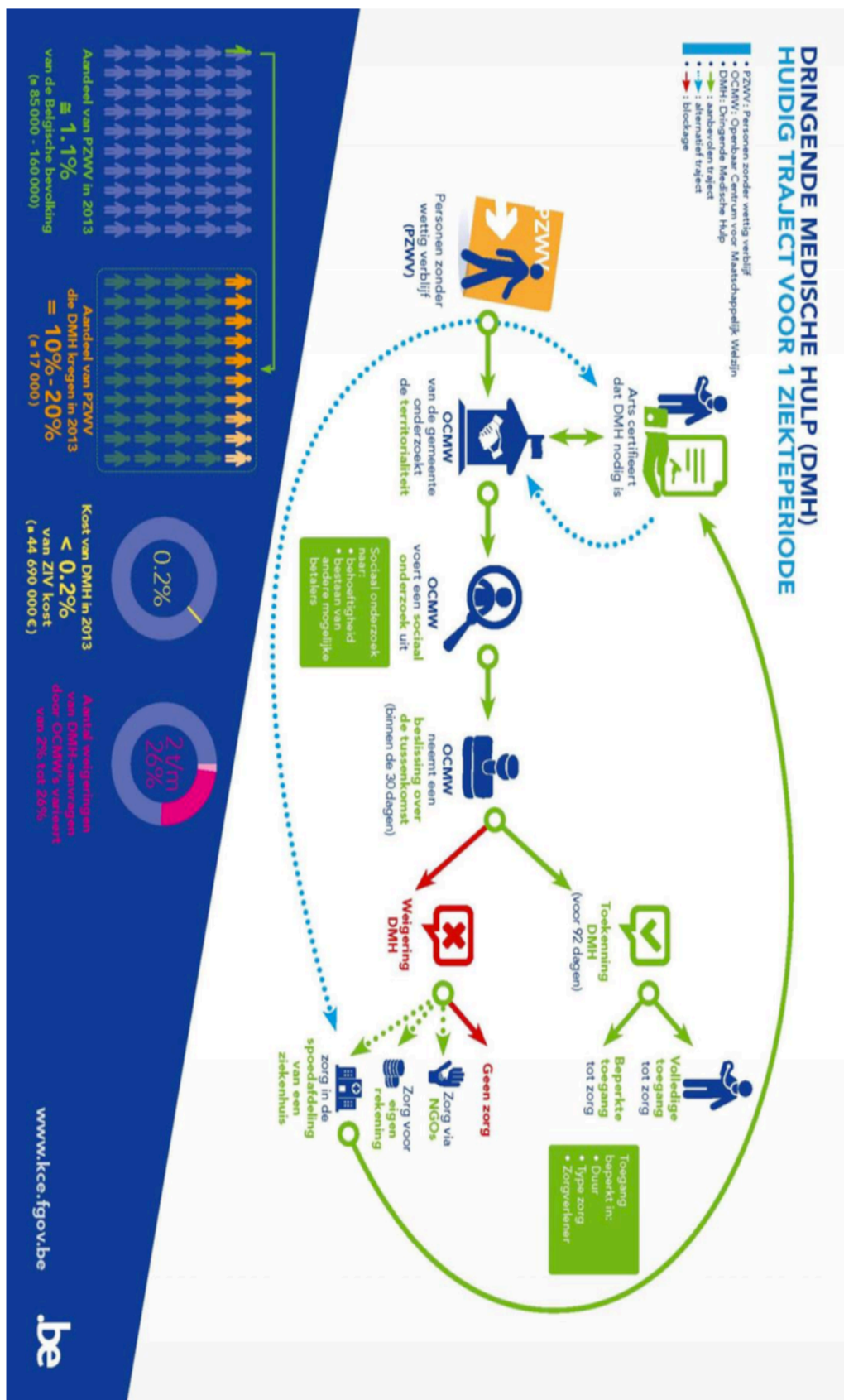
Tijdens de psychologische consultaties werden volgende klachten en symptomen vastgesteld:

- Slaapstoornissen: 19,5%
- Angststoornissen: 19,5%
- Cognitieve stoornissen: 14%
- Zelfmoordgedachten: 13,5%
- Stemningswisselingen: 11%
- Gewijzigd gedragspatroon: 9%
- Psychosomatische klachten: 8%
- Eetstoornissen: 3%
- Psychotische klachten: 2%

De psychologen en therapeuten maakten volgende diagnoses:

- Copingproblematieken: 33%
- Chronische stress: 31%
- PTSS (posttraumatische stressstoornis): 19%
- Depressie: 13%
- Psychose: 2%
- Psychosomatische stoornis: 2%

Bijlage 2: Procedure Dringende Medische Hulp



INTERVIEW: TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG

INTERVIEW

DATUM

GEÏNTERVIEWD DOOR

[Selecteer een datum]

INLEIDING

Laat me beginnen om mij even voor te stellen. Ik ben Ella en ik studeer Sociaal Werk aan de Karel de Grote hogeschool. Ik zit in het derde jaar en ik loop stage bij Dokters van de Wereld. In het kader van deze opdracht wil ik graag van u een interview afnemen. Dit interview gaat over DvdW, toegang tot gezondheidszorg en DMH. Het is de bedoeling om zoveel mogelijk ervaringen van patiënten te verzamelen, deze te bundelen en als signaal gebruiken naar beleidsmakers toe om de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren.

Het interview zal ongeveer een half uurtje/ driekwartier in beslag nemen. Op de vragen die ik u zal stellen zijn geen juiste of foute antwoorden mogelijk. Wat belangrijk is, is hoe u tegen de dingen aankijkt en wat u over de dingen denkt. Alle gegevens in het interview worden anoniem behandeld.

DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

1. Gender

Man/vrouw

2. Geboortedatum

/ /

3. In welk land bent u geboren?

4. Sinds wanneer bent u in België?

5. (Moeder)taal

6. Hebt u een vast adres ?

- ☐ Ja
- ☐ Meestal (wisselt aantal keren per jaar)
- ☐ Nee (dakloos en/of wisselt aantal keren per maand of combinatie)

7. Hoe zou u, uw huisvesting omschrijven (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ☐ Woont in persoonlijke flat of huis
- ☐ Woont bij familie
- ☐ Woont bij/met vrienden/kennissen (minder dan 5)
- ☐ Woont bij/met vrienden/kennissen (5 of meer)
- ☐ Dakloze (Straat/ noodopvang voor minder dan 2 weken, winteropvang)
- ☐ Woont bij een organisatie/liefdadigheidsinstelling/... voor langer dan twee weken
- ☐ Woont in een kraakpand
- ☐ Woont op de werkplaats
- ☐ Woont in asielopvangstructuur
- ☐

8. Hoeveel betaalt u maandelijks voor uw woonst?

9. Heeft uw werk of andere inkomsten? Wat was uw gemiddeld maandelijks inkomen de laatste zes maanden?

10. Is uw woning voorzien van volgende voorzieningen?

- ☐ Bad of douche
- ☐ Toilet met doorspoeling
- ☐ Fornuis (om te koken)
- ☐ Verwarming
- ☐ Centrale verwarming
- ☐ Stromend water
- ☐ Warm stromend water
- ☐ Matras (zonder bed)
- ☐ Bed

11. Zijn er ernstige problemen in uw woonst (bv een lekkend dak, vochtige muur of vloer, rottend raamwerk, een te kleine woning of een te donkere woning).

12. Wat is uw verblijfssituatie?

- ☐ Verblijfsvergunning
- ☐ Geen verblijfsvergunning (meerdere antwoorden mogelijk)
 - o Nooit een procedure opgestart
 - o Vervallen toeristenvisum
 - o Verblijfsvergunning verloren
 - o Geweigerd: asielpcedure
 - o Geweigerd: 9-bis
 - o Geweigerd: 9-ter
 - o Andere

13. Heeft u een vorm van terugbetaling voor medische zorg?

- ☐ Nee
- ☐ Ja
 - OCMW-waarborg
 - Ziekteverzekering (Belgisch)
 - Ziekteverzekering (ander Europees land)
 - Fedasil
 - Borgsteller
 - Andere verzekering

14. Familiale situatie/ sociale situatie (Heeft u familie in België? Heeft u vrienden in België? Heeft u kinderen? Woont die familie hier in België? Heeft u contact met uw familie? Heeft u sociale contacten? Netwerk, landgenoten)

15. Hoe ziet uw dagdagelijkse dag eruit? (Heeft u regelmatig werk? Gaat u naar school? Zorgt u voor uw kinderen? Hebt u regelmatige activiteiten?)

16. Hoe zou u, uw gezondheid omschrijven?

Heel slecht ☹	Slecht	Eerder slecht	Eerder goed	Goed	Heel goed ☺

Opmerkingen?

ALGEMENE SITUATIE

17. Hoe is uw algemene gezondheidstoestand?

Heel slecht ☹	Slecht	Eerder slecht	Eerder goed	Goed	Heel goed ☺

Opmerkingen?

18. Hoe is uw fysieke gezondheidstoestand?

Heel slecht ☹	Slecht	Eerder slecht	Eerder goed	Goed	Heel goed ☺

Opmerkingen?

19. Hoe is uw geestelijke of emotionele gezondheidstoestand?

Heel slecht ☹	Slecht	Eerder slecht	Eerder goed	Goed	Heel goed ☺

Opmerkingen?

20. Bent u chronisch ziek?

- ☐ Ja
☐ Nee

21. Bent u naar België gekomen voor medische redenen?

22. Wat doet u als u ziek bent?

23. Naar waar ging u buiten Dokters van de Wereld, toen u ziek werd?

HUISARTS

a. Hoe bent u daar terechtgekomen?

b. Hoe werd u daar geholpen?

Heel slecht ☹	Slecht	Eerder slecht	Eerder goed	Goed	Heel goed ☺

Opmerkingen?

c. Wat was goed?

d. Wat kon beter?

ZIEKENHUIS (BUITEN SPOED)

e. Hoe bent u daar terechtgekomen?

f. Hoe werd u daar geholpen?

Heel slecht ☹	Slecht	Eerder slecht	Eerder goed	Goed	Heel goed ☺

--	--	--	--	--	--

Opmerkingen?

g. Wat was goed?

h. Wat kon beter?

ZIEKENHUIS SPOED

i. Hoe bent u daar terechtgekomen?

j. Hoe werd u daar geholpen?

Heel slecht ☹	Slecht	Eerder slecht	Eerder goed	Goed	Heel goed ☺

Opmerkingen?

k. Wat was goed?

l. Wat kon beter?

24. Hoeveel keer bent u bij een dokter geweest het afgelopen jaar?

- ☐ Een keer
- ☐ Twee à drie maal
- ☐ Vier à vijf maal
- ☐ Vijf à Negen maal
- ☐ Meer dan 10 maal

25. Hebt u medische kosten zelf moeten betalen het afgelopen jaar?

- ☐ Nee
- ☐ Ja
 - Hoeveel moest u betalen?
 - Hebt u alles betaald?
 - Zelf?
 - Met hulp van vrienden/familie?
 - Met hulp van een organisatie?
 - Hebt u nog openstaande medische facturen/schulden?
 - Voor welk bedrag?

33. Is het eens voorgekomen dat u medische zorg nodig had/ wenste en deze niet heeft gekregen?

- ☐ Nee
- ☐ Ja
 - Waarom?

26. Met welke obstakels en problemen wordt u geconfronteerd wanneer u ziek bent? (bron: Dokters van de Wereld, UCL, European network to reduce vulnerabilities in health. (2017). Falling through the cracks: *The Failure of Universal Healthcare Coverage in Europe*. Europa : Europese Unie .)

a. Economische/ Financiële drempel

Heel grote drempel	Grote drempel	Drempel	Kleine drempel	Heel kleine drempel	Geen drempel

Opmerkingen?

b. Administratieve drempel (bv OCMW, verzekering, Europese ziekteverzekering...)

Heel grote drempel	Grote drempel	Drempel	Kleine drempel	Heel kleine drempel	Geen drempel

Opmerkingen?

c. Slechte ervaring in het verleden

Heel grote drempel	Grote drempel	Drempel	Kleine drempel	Heel kleine drempel	Geen drempel

Opmerkingen?

d. Toegang geweigerd

Heel grote drempel	Grote drempel	Drempel	Kleine drempel	Heel kleine drempel	Geen drempel

Opmerkingen?

e. Angst voor arrestatie

Heel grote drempel	Grote drempel	Drempel	Kleine drempel	Heel kleine drempel	Geen drempel

Opmerkingen?

f. Tekort aan kennis over het gezondheidssysteem

Heel grote drempel	Grote drempel	Drempel	Kleine drempel	Heel kleine drempel	Geen drempel

Opmerkingen?

i. Kent u de administratieve procedure die u moet doorlopen wanneer u ziek bent?

- ii. Toen u een medische zorg nodig had,
1. Hebt u een snel dokter gevonden?
 2. Hoe/waar hebt u een dokter gevonden?

g. Taalbarrière

Heel grote drempel	Grote drempel	Drempel	Kleine drempel	Heel kleine drempel	Geen drempel

Opmerkingen?

h. Te lasten name in een ander land (ingeschreven in een ander Eu-land)

Heel grote drempel	Grote drempel	Drempel	Kleine drempel	Heel kleine drempel	Geen drempel

Opmerkingen?

DOKTERS VAN DE WERELD

27. Hoe heeft u DvdW leren kennen?

- ☐ Vrienden
- ☐ Familie
- ☐ OCMW
- ☐ CAW
- ☐ Eerstelijns organisatie
- ☐ Ziekenhuis (spoed)
- ☐ Huisdokter
- ☐ Internet

☐ Andere

28. Waarvoor kwam u naar DvdW?

- ☐ Medische/verpleegkundige hulp
- ☐ Medicatie
- ☐ Psychologische hulp
- ☐ Sociale hulp
- ☐ Doorverwijzing specialist
- ☐ Screening infectieziekte
- ☐ Informatie
- ☐ Andere

29. Hoe lang komt u al naar Dvdw?

a. **Hoe komt dit?** (Zijn er bepaalde zaken die ervoor zorgen dat uw situatie geen/ wel vooruitgang boekt?)

b. **Hoe werd u bij DvdW geholpen/ begeleid?** (Hoe heeft DvdW u concreet geholpen?)

Heel slecht ☹	Slecht	Eerder slecht	Eerder goed	Goed	Heel goed ☺

30. Wat was goed?

31. Wat kon beter?

32. Heeft u het gevoel dat DvdW iets heeft veranderd/verbeterd voor u en uw gezondheid?

DRINGENDE MEDISCHE HULP (INDIEN ZONDER WETTIG VERBLIJF)

33. Weet u wat Dringende Medische Hulp is? (indien de patiënt dit niet weet wordt dit kort uitgelegd zodat de we verder kunnen met de bevraging)

Ja / neen

34. Heeft u al beroep gedaan op dringende medische hulp?

35. Hoe is het juist gegaan toen u beroep wou doen/deed op DMH?

36. Heeft u deze procedure zelf op gang gezet?

a. Ja/nee

i. Ja, hoe heeft u dit gedaan?

ii. Nee, hoe komt dat u dit niet heeft gedaan?

b. Wat zijn de grootste moeilijkheden? (eventueel terug verwijzen naar de eerder besproken drempel)

SLOT

37. Heeft u nog iets toe te voegen aan dit gesprek? Iets dat u nog belangrijk vindt maar niet besproken werd?

38. Heeft u nog vragen?

Bijlage 4: Resultaten interview

Vragen Interview															
Respondenten	1: Gender	2: Geboortedatum	3: land herkomst	4: In België	4a: Tij	5: Moedertaal	6: Vast adres	7: huisvesting	8: huur	8a: hoeveel	9: inkomsten	9a: hoeveel	10: voorzieningen huis	11: problemen huis	11a: Wat
1: Kabinet Kaba	Man	17/01/79	Liberia	1999	19	Engels	Meestal	Vrienden (minder 5)	nee	0	nee	0		nee	/
2: Ly Ibrahim	Man	25/04/72	Mauritanië	1998	20	Plar	Nee	Dakloos	nee	0	nee	0		nee	/
3: Cassé Papa	Man	8/06/57	Senegal	1993	25	Oulof	Meestal	Vrienden (minder 5)	nee	0	nee	0		ja	Dak lekt
4: Kovalska	Vrouw	20/06/59	Oekraïne	2015	3	Russisch	Ja	Persoonlijke flat	ja	400	nee	0		ja	Vocht
5: Said	Man	8/10/80	Marokko	2008	10	Arabisch	Ja	Persoonlijke flat	ja	250	nee	0		nee	/
6: Mustapha	Man	16/??/1972	Marokko	2011	7	Nederlands	Nee	Kraakpand	nee	0	nee	0		ja	Veel beperkingen
7: Medina	Vrouw	2/08/98	Servië	2007	11	Kosovaars	Ja	Persoonlijke flat	nee	0	nee	0		ja	Misbruik huisbaas
8: Fatima	Vrouw	??/??/1905	Marokko	2007	11	Arabisch	Ja	Familie	nee	0	nee	0		nee	/
9: Bajranza	Vrouw	15/06/89	Macedonië	2011	7	Albanees	Nee	Familie	nee	0	nee	0		ja	vocht
10: Sebastian	Man	11/03/85	Roemenië	2013	5	Roemeens	Ja	Vrienden (minder 5)	nee	0	nee	0		nee	/
11: George	Man	16/03/72	Ghana	2010	8	Engels	Meestal	Vrienden (minder 5)	nee	0	nee	0		nee	/
12: Ibrahim Ahmad	Man	26/02/79	Egypte	2013	5	Arabisch	Meestal	Vrienden (minder 5)	nee	0	nee	0		nee	/
13: Renata	Vrouw	29/02/84	Slovakië	2005	13	Slovaaks	Ja	Vrienden (minder 5)	ja	450	nee	0		ja	Misbruik huisbaas
14: Hamza	Man	1/10/85	Marokko	2005	13	Arabisch	Meestal	Persoonlijke flat	ja	250	ja	700		ja	raam kapot, regent binnen, vies, huisbaas luistert niet naar klachten
15: Agrini	Man	16/04/85	Marokko	2009	9	Arabisch	Ja	Vrienden (minder 5)	nee	0	nee	0		ja	buren maken veel lawaai
16: Samuel	Man	7/12/63	Ghana	1993	25	Three	Meestal	Vrienden (minder 5)	ja	200-250	nee	0		nee	/
17: Amina	Vrouw	1/01/83	Afganistan	2013	5	Pharsi	Meestal	Familie	nee	0	nee	0		nee	/
18: Benson	Man	1/03/60	Nigeria	1993	25	Engels	Ja	Persoonlijke flat	ja	350	ja	500		nee	/
19: amy	Vrouw	6/11/70	Senegal	2009	9	Frans	Ja	Persoonlijke flat	ja	400	ja	590		Nee	/
20: Ait	Man	22/03/63	Algerije	2008	10	Arabisch	Ja	Familie	ja	400	nee	0		Nee	/
21: Sami	Man	12/04/74	Tunesië	2005	13	Arabisch	Meestal	Vrienden (minder 5)	ja	150	soms	0		ja	vocht
22: Touria	Vrouw	1/01/59	Marokko	2014	4	Marokkaans	Nee	Vrienden (minder 5)	nee	0	nee	0		nee	/
23: Jamal	Man														
24: Julia	Vrouw	14/10/63	Oezbekistan	2009	9	Russisch	ja	Vrienden (minder 5)	nee	0	nee	0		ja	oud huis, dak kappot
25: Ankica	Vrouw	2/04/57	Servië	1999	19	Servisch	ja	Familie	nee	0	nee	0		nee	/
26: Latif	Man	16/04/78	Kosovo	2009	9	Roma	Meestal	Familie	nee	0	nee	0		nee	/
27: Rachel	Vrouw	11/03/84	Suriname	2017	1	Nederlands	Ja	Persoonlijke flat	ja	680	nee	0		ja	kakkerlakken, huisbaas luistert niet naar klachten

12: verblijfsituatie	12a: reden geen	13: terugbetaling medische zorg	13a: ja, hoe	14: Familie/vrienden	14a: opmerkingen	15: dagact (werk of school) buiten	15a: wat	16: algemene gezondheid	17: algemene gezondheid	17a: opmerkingen
nee	geen paspoort Liberia	nee	/	ja	vooral vrienden	Nee	/	eerder slecht	eerder slecht	pijn gewrichten
nee	geweigerd 9-bis	ja	MWB	nee	/	Nee	/	heel goed	heel goed	/
nee	geweigerd asiel	ja	MWB	ja	vrienden	Nee	/	eerder slecht	eerder slecht	Overall last
nee	niet aangevraagd	nee	/	nee	/	Nee	/	heel slecht	heel slecht	veel klachten
nee	nog geen resultaat	nee	/	ja	vrienden	ja	Dagtherapie	goed	goed	/
nee	geweigerd asiel	ja	MWB	nee	/	Nee	/	goed	goed	/
nee	geweigerd 9-bis	ja	MWB	ja	Familie en vrienden	ja	School	eerder goed	eerder goed	veel klachten
nee	geweigerd 9-ter	nee	/	ja	Familie	Nee	/	eerder slecht	eerder slecht	/
nee	geweigerd 9-ter	nee	/	ja	Familie	Nee	/	eerder slecht	eerder slecht	veel klachten
nee	geweigerd 9-bis	nee	/	ja	vrienden	Nee	/	slecht	slecht	lange tijd klacht
nee	niet aangevraagd	nee	/	ja	vrienden	Nee	/	goed	goed	/
nee	geweigerd asiel	nee	/	ja	Familie en vrienden	Nee	/	eerder goed	eerder goed	/
bijslage 90	/	ja	MWB	ja	Familie	Nee	/	goed	goed	/
nee	regularisatie geweigerd	nee	/	ja	vrienden	Nee	/	goed	goed	/
nee	geen aanvraag	ja	MWB	ja	vrienden	Nee	/	goed	goed	/
Nederlandse papieren	/	Nee	/	ja	vrienden	Nee	/	eerder goed	eerder goed	/
nee	geweigerd asiel	ja	Fedasil	ja	Familie	ja	School	heel slecht	heel slecht	/
Verblijfsvergunning	/	ja	Ziekteverzekeringen	ja	vrienden	ja	Werk	eerder slecht	eerder slecht	/
Verblijfsvergunning	/	ja	OCMW	nee	/	Nee	/	slecht	slecht	veel klachten
nee	geweigerd asiel	ja	oCMW	ja	Familie	ja	Kind zorgen	slecht	slecht	veel klachten
nee	geweigerde regularisatie	nee	/	ja	Vrienden	Nee	/	Slecht	Slecht	Veel klachten
nee	geweigerde regularisatie	nee	/	nee	/	ja	School	Eerder slecht	eerder slecht	/
nee	geweigerd 9-ter	nee	/	ja	familie	ja	school	slecht	slecht	asma
nee	verblijfsvergunning verloren	nee	/	ja	familie	Nee	/	Heel slecht	Heel slecht	veel klachten
Nee	Verblijfsvergunning verloren	Nee	/	ja	familie en vrienden	Nee	/	Heel goed	Heel goed	Kleine pijntjes
nee	niet aangevraagd	nee	/	nee	/	Nee	/	Goed	Goed	Kleine pijntjes

17a: opmerkingen	18: fysieke gezondheid	18a: opmerkingen	19: geestelijke gezondheid	19a: opmerkingen	20: chronisch ziek	21: Medische reden België	22: Wat ziek	23: waar ziek	23 HA	23a HA: Hoe	23b HA: ervaring	23c HA: goed
pijn gevrieten	eerder slecht	Vaak pijn	goed	oproblemen maar goed	nee	nee	Afwachten	huisarts, ziekenhuis	Ja	OCMW	Heel goed	begripvol, lange tijd, historiek
/	goed	/	eerder goed	/	nee	nee	Dokter	huisarts, spoed	Ja	/	Heel goed	begripvol
Overall last	goed	/	heel goed	geloof helpt	nee	nee	Dokter	ziekenhuis, spoed	Nee			
veel klachten	heel slecht	/	eerder slecht	/	ja	ja	Dokter	spoed	Nee			
/	goed	moe lichaam	eerder slecht	psychose	ja	nee	/	huisarts, ziekenhuis & spoed	Ja	Internet	Slecht	arabische dokter
/	goed	/	goed	soms stress	ja	nee	Afwachten	huisarts, ziekenhuis	Ja	Internet	Goed	geduldig, begripvol
veel klachten	goed	/	eerder slecht	stress, geen toekomstbeeld	ja	nee	Afwachten	huisarts, ziekenhuis & spoed	Ja	Mutualiteit	Goed	lange termijn, informatie
/	goed	/	eerder slecht	geen toekomstbeeld, heimwee	ja	nee	Dokter	huisarts, ziekenhuis	Ja	OCMW	Goed	Goede opvolging
veel klachten	eerder slecht	pijn voeten	eerder slecht	stress, geen toekomstbeeld	nee	nee	Ziekenhuis	huisarts, ziekenhuis & spoed	Ja	Zelf	Slecht	/
lange tijd klacht	eerder goed	hoofdwonde	goed	/	nee	nee	Afwachten	huisarts, ziekenhuis & spoed	Ja	Hulpverlening	Goed	begripvol
/	goed	/	goed	Stress	nee	nee	Dokter	huisarts	Ja	wijkgezondheidscentra gaf adres	Goed	begripvol, lange tijd
/	goed	moe lichaam	eerder goed	Stress, geen toekomstbeeld	nee	nee	Afwachten	huisarts, spoed	Ja	Caritas	Goed	alles
/	goed	/	slecht	Stress	nee	nee	Dokter	ziekenhuis	Nee			
/	goed	/	slecht	stress, geen toekomstbeeld	nee	nee	Ziekenhuis	spoed	Nee			
/	eerder goed	knie	goed	/	nee	nee	Dokter	ziekenhuis	Nee			
/	eerder slecht	/	slecht	Stress	ja	nee	/	Huisarts, ziekenhuis	Ja	internet	eerder goed	/
/	eerder slecht	knie, rug	heel slecht	Stress	nee	nee	/	Ziekenhuis	Nee			
/	eerder goed	arm	eerder goed	Stress	ja	nee	/	Huisarts	Ja	Zelf	eerder goed	/
veel klachten	slecht	nier	slecht	heimwee	ja	ja	Dokter	Huisarts, ziekenhuis	Ja	OCMW	eerder goed	begripvol
veel klachten	slecht	diabetis	slecht	Stress	ja	nee	Dokter	Huisarts, ziekenhuis, spoed	ja	OCMW	/	/
Veel klachten	heel slecht	/	heel slecht	stress	ja	Nee	/	spoed	Nee			
/	slecht	/	Slecht	stress, psychische problemen	ja	Nee	Afwachten	Huisarts, ziekenhuis	ja	OCMW	goed	Vrouwelijk
asma	eerder slecht	/	eerder slecht	stress, bang	ja	ja	zelf, afwachten	Huisarts, ziekenhuis, spoed	ja	OCMW	goed	begripvol
veel klachten	heel slecht	vaak pijn	Slecht	papieren, man overleden	ja	nee	Dokter	Huisarts, ziekenhuis	Ja	/	eerder goed	begripvol, medicatie
Kleine pijntjes	Slecht	veel medicatie nodig	Slecht	Stress, ziet psy	Ja	Nee	Dokter	Huisarts, ziekenhuis, spoed	ja	/	goed	begripvol
Kleine pijntjes	goed	/	eerder goed	stress	Nee	Nee	afwachten	Huisarts, ziekenhuis, spoed	ja	zelf	goed	geholpen ondanks situatie

23d HA: niet goed	23 ZH	23a ZH: Hoe	23b HA: ervaring	23c HA: goed	23d HA: niet goed	23 SP	23a SP: Hoe	23b SP: ervaring	23c SP: goed	23d SP: niet goed	24: Hoeveel keer dokter	25: Medische kosten: zelf betaald	25a: Hoe
/	Ja	/	eerder goed	toegankelijk	/	Nee					4-5 keer	nee	Dvdw OCMW
/	Nee					Ja	Zelf	Goed	/	/	2-3 keer	nee	Dvdw OCMW
	Ja	/	eerder goed	informatie	ingewikkeld	Ja	Ambulance	eerder goed	vlot verlopen	duur schulden	meer 10 keer	nee	DvdW
	Nee					Ja	Ambulance	Goed	goed geholpen	taal	meer 10 keer	nee	Dvdw OCMW
sommige dokters weigeren	Ja	OCMW	Heel goed	gelijkwaardig behandeld	racistische opmerkingen	Ja	Zelf	Heel goed	juist doorverwezen	/	5-9 keer	Nee	Dvdw OCMW
geen vooruitgang	Ja	huisarts	Heel goed	gelijkwaardig behandeld	/	Nee					4-5 keer	Nee	DvdW
stopte omdat mutualiteit stopte	Ja	School	Heel goed	informatie	/	Ja	Zelf	Slecht	/	niet geholpen	meer 10 keer	Ja	Familie
/	Ja	Kind&Gezin	Heel goed	alles	/	nee					2-3 keer	Ja	Spaargeld
mis communicatie	Ja	Zelf	eerder goed	/	te duur	ja	/	Slecht	/	niet ernstig genomen	meer 10 keer	Nee	/
/	Ja	doorverwezen	eerder slecht	/	/	Ja	Ambulance	Goed	/	/	2-3 keer	Nee	Dvdw OCMW
geen hulp, te duur	Nee					Nee					1 keer	Nee	DvdW
/	Nee					Ja	Ambulance	Goed	snel	/	2-3 keer	Nee	DvdW Caritas
	Ja	Zelf	Goed	/	/	Nee					meer 10 keer	Nee	DvdW
	Nee					Ja	Zelf	Goed	goed geholpen	Duur	1keer	Ja	Spaargeld
	Ja	Kind&Gezin	Goed	begripvol	/	Nee					5-9 keer	Nee	OCMW
gevoel niet serieus te worden genomen	Ja	Dokter	Goed	begripvol	taal	Nee					5-9 keer	Nee	DvdW
	Ja	Zelf	Eerder goed	informatie	taal	Nee					meer 10 keer	Nee	Fedasil
/	Nee					Nee					meer 10 keer	Nee	DvdW
specialist was beter	Ja	viavia	Heel goed	specialist, grondig onderzoek	/	Nee					meer 10 keer	Ja/Nee	/
/	Ja	/	Goed	/	/	Ja	Zelf	Goed	/	zonder MWB willen ze niet helpen	meer 10 keer	Nee	OCMW
	Nee					Ja	Ambulance	Goed	goed geholpen	/	meer 10 keer	Nee	DvdW
/	ja	/	Goed	goede zorgen	/	Nee					5-9 keer	Nee	DvdW
stopt na intrekken MWB	ja	doorverwezen	eerder goed	/	kreeg niet de juiste zorgen	ja	Ambulance	goed	goed geholpen	/	2-3 keer	Nee	Dvdw OCMW
stopt na intrekken MWB	Ja	/	goed	goed zorgen	geen hulp zonder MWB	Nee					4-5 keer	Ja	enkele kosten, OCMW
/	ja	doorverwezen	eerder slecht	/	niet vriendelijk	ja	ambulance	slecht	/	niet vriendelijk, niet geholpen	meer 10 keer	Nee	DvdW
/	ja	zelf	goed	goed zorgen	te duur	ja	ambulance	goed	/	/	4-5 keer	Ja	Geld familie

26: zorg wenste niet gehad ▼	26a: opmerkingen ▼	27a: financieel ▼	27b: administratief ▼	27c: slechte ervaring ▼	27d: toegang geweigerd ▼	27e: angst arrestatie ▼	27f: kennis ▼	27g: taal ▼	27h: ten laste EU ▼	28: DvdW leren kennen ▼	29: Waarvoor komt DvdW ▼	30: hoe lang ▼
Ja	/	1	2	5	3	6	4	5	/	ander: logo	Medisch	<1j
Nee	/	2	4	/	6	6	/	6	/	OCMW, huisdokter, kerk	Andere	<1j
Nee	Geen poging	2	5	2	/	6	4	6	/	Vrienden	Medisch	<1j
Ja	Weigering OCMW	1	1	1	2	6	3	4	/	Vrienden	Medisch	<1j
Ja	/	1	6	5	5	6	2	3	/	Vrienden, internet	Medicatie, doorverwijzing, sociale hulp, informatie, screening	<1j
Ja	/	6	2	3	/	6	5	6	3	Vrienden	Medisch	<1j
Nee	/	1	3	/	/	6	6	5	/	anderschool	Medisch	<1j
Ja	Te duur, geen papieren	4	5	/	5	6	5	4	/	Filet Divers	Medisch, informatie	<1j
Ja	/	2	2	/	3	2	4	4	/	Voedselbank Hoboken	Medisch, medicatie, sociaal, info	<1j
Nee	/	5	5	/	/	6	3	6	/	Vrienden	Medisch, sociaal	<1j
Ja	Weigering OCMW	2	2	/	/	4	4	5	/	ander: kerk	Medisch	<1j
Nee	/	2	3	/	/	5	5	5	/	OCMW	Medisch, sociaal, informatie	>1j
Nee	/	2	5	/	/	6	4	5	/	Internet	Medisch	>1j
Ja	Weigering OCMW	2	3	/	/	6	5	4	/	Vrienden	Medisch, sociaal	>1j
Nee	/	5	/	/	5	5	5	5	/	Vrienden	Medisch	<1j
Nee	/	2	2	/	/	6	4	6	2	Vrienden	Medicatie, sociaal	<1j
Nee	/	1	2	/	/	2	2	3	/	ander: school	Medisch, psy, informatie	>1j
Nee	/	2	5	/	/	/	2	4	/	Vrienden	Informatie	>1j
Ja	Te duur, geen papieren	2	6	/	2	6	2	4	/	Vrienden	Medisch	<1j
Ja	/	2	2	/	2	6	/	6	/	Vrienden	Medisch, informatie	<1j
Nee	/	2	5	/	/	6	5	5	/	Vrienden	Informatie	<1j
Nee	/	2	3	/	/	3	5	3	/	Huisdokter	Medicatie	<1j
Ja	geen MWB, OCMW	2	2	3	4	2	4	5	/	OCMW	Medisch	<1j
Ja	geen MWB, OCMW	2	2	/	/	6	4	3	/	ander: Atlas	Medisch, medicatie, info	>1j
Nee	/	2	4	4	/	6	4	2	/	ander: advocaat	Medisch, medicatie	<1j
Nee	/	3	3	/	/	5	5	6	/	Vrienden	Medisch	>1j

30a: reden	30b: hoe werd geholpen	31: Wat goed	32: Wat niet goed	33: Gevoel dwdw situatie verbeterd	33a: opmerkingen	34: weet wat DMH is	35: beroep gedaan/geprobeerd DMH
MWB afgekeurt	eerder goed	medische hulp	concreter helpen	Ja/Nee	Medicatie, geen specialist gezien	Ja	Ja
vragen	Heel goed	medische hulp, hulp OCMW	/	Ja	Medicatie	Nee	Ja
geen papieren, geen inkomen	Goed	Medische hulp, sociale hulp	/	Ja	Medicatie, specialist gezien	Ja	Ja
MWB afgekeurt	Heel goed	voelt zich gehoord	/	Ja	MWB geregeld	Nee	Ja
/	Heel goed	Medicatie	meer en concreter helpen	Ja	/	Nee	Ja
MWB afgekeurt	eerder goed	/	traag, communicatie tussen personeel onderling en de patiënt, foute medicatie	Ja/Nee	enkele klachten weg	Nee	Ja
MWB afgekeurt	Heel goed	medische hulp, specialist	lang wachten, durft niet alles te vragen/zeggen	Ja/Nee	enkele klachten weg	Nee	Ja
MWB afgekeurt	Goed	/	lang wachten, geen plaats,	Ja	/	Nee	Ja
geen adres	Goed	specialist	dure medicatie voorschrijven, lang wachten	Ja	/	Nee	Ja
/	Goed	geholpen op verschillende vlakken	/	Ja	Specialist gezien	Ja	Ja
geen specifieke hulp	Goed	sociale hulp	verandering van personeel	Nee	Geen progress	Nee	Ja
wacht regularisatie	Goed	Medicatie	/	Ja/Nee	Medicatie	Ja	Ja
/	Heel goed	sociale hulp, psy, verschillende vlakken geholpen	/	Nee	Geen progress	Nee	Nee
probleem verzekeringen	Goed	Medische hulp, sociale hulp	/	/	/	Nee	Ja
MWB afgekeurt	Goed	Medische hulp, sociale hulp	/	Ja	Medicatie, specialist gezien	Nee	Ja
geen specifieke hulp	Goed	Personeel	netwerk uitbreiden	Ja	Medicatie		
geen doorverwijzing mogelijk: Fedasil	Heel goed	geholpen verschillende vlakken	communicatie	Ja	Medicatie		
/	Goed	geholpen verschillende vlakken	/	Ja	op verschillende vlakken geholpen		
problemen MWB	Goed	/	geen specifieke hulp, mis communicatie	Ja	/	Nee	Ja
problemen MWB	Goed	Medicatie, sociale hulp, informatie	dure medicatie voorschrijven, lang wachten	Ja/nee	/	Nee	Ja
problemen MWB	Heel goed	Medische hulp, sociale hulp, medicatie	/	Ja	Medicatie	Nee	Ja
geen adres	Goed	medicatie, contrôle, vriendelijk	/	Ja	Medicatie, begeleiding, psy	Nee	Ja
problemen MWB	goed	medische hulp, medicatie	lang wachten, niet direct geholpen, gevoel niet serieus genomen werd, slechte comm	Nee	kreeg stress van slechte comm, geen hulp zoals ze wou	Ja	Ja
problemen MWB	Heel goed	Medische zorgen, medicaie, info, sociale hulp	/	Ja	/	nee	Ja
problemen MWB	Goed	medische hulp	eerste keer was moeilijk, communicatie naar patiënt toe	Nee	geen progress	Nee	Ja
problemen MWB	goed	medische hulp	/	Ja	specialist gezien	nee	Ja



35: beroep gedaan/geprobeerd DMH	36: Hoe gedaan	37:Zelf op gang gezet procedure	37a: Hoe	38: Moeilijkheden
Ja	/	Nee	Hulp DvdW	Lang wachten, administratie
Ja	/	Nee	Hulp DvdW	/
Ja	/	Nee	Hulp DvdW	veel pogingen, niet begripvol, gevoel niet luisteren
Ja	/	Nee	Hulp DvdW	/
Ja	/	Nee	Hulp DvdW	Bewijzen ziekte
Ja	/	Ja	DvdW, advocaat	lang wachten, onderzoek, adres
Ja	Moeilijk	Nee	Hulp DvdW	Slechte communicatie, streng, onderzoek
Ja	Moeilijk	Ja	/	administratie
Ja	Moeilijk	Ja	/	adres
Ja	/	Nee	Hulp DvdW	administratie, adres
Ja	Moeilijk	/	/	administratie, adres
Ja	Gemakkelijk	Nee	Caritas	lang wachten, adres
Nee	/	/	/	administratie, geen kennis
Ja	Moeilijk	Ja	/	geen kennis
ja	/	Nee	Hulp DvdW	lang wachten, controle, geen kennis
Ja	/	Nee	Hulp DvdW	administratie, adres
Ja	Moeilijk	Nee	Hulp DvdW	bewijzen ziekte, adres
Ja	Moeilijk	Ja	Hulp familie	adres
Ja	/	Nee	Hulp OCMW	adres
ja	Moeilijk	Ja	/	administratie, onderzoek, niet begripvol
ja	Moeilijk	Nee	Hulp advocaat	lang wachten, administratie, geen kennis
ja	Moeilijk	/	/	adres
ja	Moeilijk	Nee	hulp Atlas en DvdW	administratie, onderzoek, lang wachten

Bijlage 5: Interview Annelies Filet Divers

INTERVIEW Annelies Van Loon (Filet Divers) – Dinsdag 15/02/2018

Door: Merel De Vos & Ella Verstichele

- Kan je even uitleggen wat de mezopa-groep juist is en welke profielen juist meedoen aan deze groep?

Filet Divers is een organisatie waar mensen uit armoede het woord nemen en erkent als een 'vereniging waarin armen het woord nemen'. Onder deze benoeming hebben we de opdracht om samen met mensen aan structurele armoedebestrijding te doen. Ook bekijken we hoe bepaalde drempels voor mensen in armoede kan worden weggewerkt. Niet enkel individuele/ incidentele ingegrepen zoals in het onthaalproject gebeuren maar ook structureel armoede wordt dus gepakt. Onder dit luik zit de mezopa-groep, hier wordt in groep gekeken naar gedeelde ervaringen en drempels. Door hier het woord te nemen proberen we dingen te veranderen in voordeel van de mensen in armoede.

Hoe komen mensen bij de mezopa-groep?

Vanuit de Filet Divers werking, maar ook via via komen er mensen bij de mezopa-groep terecht. Er wordt geluisterd naar ervaringen van de deelnemers: waar kan het beter, hoe kan het anders.

Momenteel is DMH het thema, dit wordt ook breder gezien: hoe kan toegang tot gezondheidszorg verbeterd worden op structureel niveau. Tijdens groepswork wordt ook individuele steun verleend dit naar aanleiding van ervaringen die worden gedeeld en de vragen die hier dan over oprijzen.

De Mezopa-groep begon als een informatieve groep met ontspannende activiteiten die evolueerde naar een traject met een thema (zoals DMH), hierrond komt de Mezopa-groep samen en gaan inhoudelijk aan de slag.

Profiel van mensen

Divers profiel van deelnemers, de groep varieert zeer sterk van mensen die 4 jaar tot 17 jaar in België maar over het algemeen zijn mensen al aantal jaar in België. Ook kennen sommigen DMH niet, anderen kennen de gezondheidszorg goed. Het is dus steeds aftasten naar de verschillende ervaringen van de deelnemers en hier een goed evenwicht in kunnen vinden.

Er is een kern, deze kern is zeer aanwezige en komen vaak, anderen zijn er sporadisch maar het contact is wel duurzaam.

Sommige deelnemers zijn goed mee met het systeem, zijn zelfredzaam, hebben een netwerk en slagen er goed in om een dagelijks leven te ontvouwen.

Belangrijk is wel dat mensen genoeg worden gemotiveerd om mee te doen. Niet iedereen is altijd mee met de doelstellingen van de groep en hebben het concept nog niet volledig voor ogen. Mensen in de kern dragen meer de opdracht van de mezopa-groep dan degene die sporadischer komen.

Kenmerken van groepswork Mezopa: Mensen blijven de hoop hebben dat de deelname iets gaat opleveren met betrekking tot hun papieren, in meerdere of mindere mate. Sommigen zijn realistischer dan anderen maar vaak komen bepaalde thema's en vragen vaak terug. Dit maakt het groepswork complex mede doordat mensen in hoge nood leven. Het is moeilijk om duidelijk kader te geven, omdat hun realiteit gekleurd blijft door hoop en verwachtingen m.b.t. papieren. Vaak is het daardoor moeilijk om de aandacht bij één thema te houden.

- Met hoeveel personen en over welke tijd heeft u samengekomen met de Mezopa-groep?

Totaal max rond de 35 geïnteresseerden, die herleidt kan worden tot een kerngroep van 8 personen.

Daartussen schuift het wie er vaak is, dit is ook afhankelijk van thema en focusgroep.

- Hoe kwam het thema DMH aan bod kwam? Werd dit door de groepsleden zelf gekozen of werd dit thema door de organisatie gekozen?

Aan de groep werd gevraagd wat is voor jullie een nood en waar willen jullie het over hebben, één van de dingen die werd aangehaald was de medische zorg. Vanuit de groep werd het thema medische hulp aangegeven, mede door de voorlichting over DMH door Atlas en het werkbezoek aan DVDW. Ook geeft het thema DMH een marche om ook inhoudelijk mee aan de slag te gaan. Er is een recht en blijkbaar ervaren veel mensen drempels en vinden ze geen toegang tot dit recht. Dit is een uitsluiting en moet op een structurele manier worden aangepakt.

Het thema werd dus vanuit de groep aangedragen maar ook vanuit de groepswerker/organisatie als 'werkbaar' thema aangeduid. In tegenstelling tot bijvoorbeeld andere thema's als bijvoorbeeld regularisatie.

- Welke thema's, binnen DMH, zijn allemaal behandeld tijdens het groepswork?

We zijn begonnen met het maken van een lijst met daarop alle zaken die bij de mezopa-leden misgelopen. Dit ging van het onthaal bij het OCMW, ziekenhuis, dokter,... tot het gaan naar de apotheek en de grenzen waarop men botst. Maar vooral bleek dat mensen vaak niet weten wat ze moeten doen, weinig vragen stellen bij drempels en er niet verder durven op ingaan.

Vervolgens werden keuzes gemaakt omdat het niet mogelijk is om rond alle drempels te werken. Er werd gekozen voor volgende drempels: niet weten waar het over gaat, geen informatie hebben en geen vragen stellen. Mensen zoeken niet verder: krijgen een nee of een drempel eerder waar en botsen en stoppen. Er is een grote drempel naar het OCMW: niet willen en niet durven gaan. Of mensen gaan wel en worden niet geholpen. Weten ook niet met welke vraag ze naar het OCMW moeten gaan. Niet weten dat gezondheidszorg een recht is. Vanuit die drempel en deze gevoeligheid is de brochure ook ontworpen waar duidelijk in beschreven staat dat men een recht heeft en hoe ze naar instanties moet stappen. Maar ook hulpverleners die door de brochure voeling krijgen dat mensen tegen deze gevoeligheden aanlopen. Door mensen aan het woord te laten hopen we deze gevoeligheden ook bloot te leggen en hulpverleners/ samenleving meer voeling te laten krijgen met mensen in armoede.

- Wat zijn de meest opvallende zaken die uit de groep kwamen i.v.m. DMH?
 - In elk verhaal met DMH lopen meerdere dingen mis. Dit zowel bij het OCMW, dokters, tandarts, Er zijn veel randomness/toevalligheden van hoe de mensen wel of geen succesvolle procedure doorlopen.
 - Voeling met armoede ontbreekt bij hulpverleners en daardoor lopen er verschillende zaken in aanloop tot hulp mis. Wanneer er zaken fout lopen zal niemand zijn verantwoordelijkheid nemen om deze mensen verder te ondersteunen.
 - Mensen die 'sterk' zijn (in netwerk, taal, ervaringen, sociale vaardigheden) kunnen meer op tafel kloppen en hebben grotere kans om te slagen in het proces. De kwetsbare deelnemers vallen vrijwel allemaal uit de boot
- De meesten kennen DvdW maar dit wordt vaak enkel medisch bekeken en vaak weet men niet dat men er ook naartoe kan voor hulp tijdens de procedure. Vaak aanvaarden mensen ook hun lot en stellen daar ook geen vragen bij. Dit is een groot pijnpunt, dat mensen zich geen vragen stellen bij zaken en dingen gewoon aanvaarden zoals ze gaan.
- DvdW en ook andere organisaties moeten hierover nadenken hoe je mensen tot de organisatie krijgt. Door outreachend te werken bereik je mensen die anders de stap tot niet zouden durven zetten. Er moet natuurlijk ook rekening worden gehouden dat er veel mensen zijn die ook niet tot organisaties geraken en deze te bereiken.
- Informatie gaat vaak via via, informatie verspreidt zich als een lopend vuurtje. Daar is het belangrijk dat juiste informatie wordt verspreid en duidelijk maken dat ieder dossier anders is.

- In de sociale sector gaat er heel weinig geld naar organisaties die mensen zonder papieren ondersteunen. Deze worden steeds meer afgebouwd en daardoor hebben organisaties de middelen niet meer om zich in te zetten om deze doelgroep op structurele manier te helpen.

- Wat gebeurt er nu met de bevindingen?

Brochure, apothekers vorming

- Uit mijn interview bleek dat mensen de kennis over DMH niet hebben alvorens ze naar DvdW komen, heeft u dit ook gemerkt tijdens het groepswork?

Ja absoluut. Mensen weten niet wat het inhoudt, zelfs al wordt het uitgelegd.

Hoe kan je hier iets aan doen

Ervaring is mensen grijpen vaak naar iets op papier, dit is een goed middel om aanwijzend te werken. Dit doordat mensen dit nog een thuis nog eens bekijken en het staat op papier dus het bestaat en het kan.

In het groepswork merk je dat mensen elkaar aanmoedigen. "Ik heb dit ook gedaan, het was ook moeilijk bij mij. Je moet niet opgeven. Doe het, het is een recht, ga gewoon, zet door, denk niet dat het voor u niet is."

Vraag om hulp

- Als u, uw groepswork zou moeten samenvatten in drie aanbevelingen, welke zouden die dan zijn?

Structurele aanbevelingen met betrekking tot DMH

Concreet

- Duidelijkheid: term dringend weg, deze term zorgt voor onduidelijkheid en verwarring.
- Iedereen gratis toegang verlenen tot de gezondheidszorg. Dit heeft een positief effect op de gezondheid en op het gevoel van stress.
- Complexe OCMW-procedure vereenvoudigen, eenduidigheid nastreven. Deze zal ervoor zorgen dat mensen rapper weten wat hun rechten zijn.
- Meer middelen, om te focussen op structurele samenwerking tussen organisaties. Het opzetten van een netwerk kan in deze zeer zinvol zijn.
- Meer ankerpunten gericht op gezondheidszorg. Dit kunnen meer WGC zijn, meer ankerpunten van DvdW of andere organisaties die MZVW bijstaan.

- Zolang mensen zonder papieren er zijn, dan zouden alle mensen die in contact komen met de mensen vanuit vorming en opleiding meer voeling krijgen met de doelgroep. Een juist beeld krijgen van de situatie waarin iemand leeft. Met als doel betere zorg op maat kunnen leveren

(Minder concreet:)

- Het gaat niet over het sterker maken van mensen zonder papieren
- We zijn de mensen aan het versterken omdat we het systeem niet kunnen veranderen terwijl de fout bij het systeem zit
- Het concept DMH kent meer duidelijkheid en consequent
- Preventief curatieve gezondheidszorg die mensen nodig hebben om menswaardig bestaan te hebben.
 - Meer duidelijkheid: over wat dit betekent en waar het over gaat. Over welke rechten
 - Zowel hulpverlener als patiënt
- De onmenselijkheid van het negeren van een grote groep burgers van je stad. Op maatschappij Antwerps niveau wordt geen enkel budget/middelen/tijd vrij gegeven om ondersteunend te werken met mensen zonder papieren. Hierdoor verloopt het informeren of ondersteunen van deze doelgroep niet voldoende verloopt.
- Het is een doelgroep, je moet er voor kiezen, die hebben hulp nodig. En daar zijn middelen voor nodig. Je kunt de mensen zonder papieren enkel bereiken als je er voor kiest om er als organisatie maar daar ontbreken middelen vaak. Het is een keuze, waar niet iedere organisatie de ruimte voor heeft en geen middelen voor heeft. Vaak is er zeer veel druk en is er geen tijd of middelen om eens samen te zitten met de mensen die in z'n precare situatie leven. Tien minuten tijd is al iets wat mensen vrijwel nergens krijgen daardoor durven mensen vaak geen vragen meer te stellen en zijn ze het "gewoon" om afgeblokt te worden.
- Rechtstreeks inspelen op de noden van mensen
 - Je biedt iets aan waar mensen op een bepaald punt mee geconfronteerd worden, met een nood
- Sterkere samenwerking op lokaal niveau, van alle diensten die werken rond de thema's. Doordat deze doelgroep onder gefinancierd is en de "druk aan de deur" heel groot is het moeilijk om hier tijd voor vrij te maken. De vraag en de nood zijn veel groter dan de middelen die er voor handen zijn om met deze doelgroep te werken.
- Structurele uitsluitingsmechanisme aanpakken

Dokter:.....	Datum:/...../...
Wat?.....	
Reden?.....	
Stempel of handtekening	