


Toegankelijkheid van de verslavingszorg
voor personen met een
migratieachtergrond /
Accessibilité des soins de santé pour les
migrants et les minorités ethniques

Wouter Vanderplasschen, Ugent

Julie Schamp, UGent

Aneta Filipova, UGent



**Person with
substance use
problems**



Case Management

- Help clients to identify personal needs
- Knowledge of system issues & available resources

Strengths Approach

- Establish relationship with client
- Encourage client through discussion of strengths/abilities

Barriers to Needed Care

Personal

- Practical
 - Transportation
 - Financial
 - Childcare
- Lifestyle
 - Substance abuse & mental health
 - High risk behaviors
 - Ethnic identity
 - Homeless
 - Incarceration
- Internal/motivational
 - Fear of discovery
 - Stigma
 - Denial
 - Fatalism
 - Embarrassment
 - Lack of trust

System

- Location
- Rural providers
- Affordability
- Inflexible opening hours
- Admission process
- Cultural competence
- Impersonal contact
- Intimidating/confrontation
- Staff skills
- Waiting lists

**Access to Needed
Care**





Experienced treatment needs (Rapp, 2007)

Education

Free Space
Services

Vocational
Training

Criminal
Justice
Settings

Health Care

Substance Abuse
Treatment

Housing

Mental Health
Care





Accessibility

- Multidimensional construct
- Objective – subjective approach
- Related constructs:
 - Affordability
 - Accountability
 - Coordination: seamless care
 - Continuity : relational, informational, management
- Equal access



Van toegankelijkheid naar bruikbaarheid: de 5 B's

- Toegankelijkheid = middel;
- Doel = grotere gelijkheid creëren in de mogelijkheden om een menswaardig bestaan te realiseren (Bouverne-De Bie, 2007).
- Toegankelijkheid verhogen via het verlagen van gekende participatiedrempels



5 B's

(1) Betaalbaarheid: gratis, derdebetalerssysteem, ...

(2) Bereikbaarheid: op eigen kracht, openbaar vervoer, dichtbij/veraf, afsprakensysteem, ...

(3) Beschikbaarheid: toegankelijkheid van het aanbod zonder voorwaardelijke toelatingsvereisten



5 B's (vervolg)

(4) Begrijpbaarheid: taal, aansluitend bij de leefwereld, ondersteunend; maar ook in vraag durven stellen

(5) Bruikbaarheid: verandert iets concreet dat als betekenisvol ervaren wordt

Té veel allochtonen van eerste generatie voelen zich onbehaaglijk in 'gewoon' ziekenhuis

Nederlanders openen eerste kliniek voor allochtonen

Op 1 oktober opent in Amsterdam de eerste kliniek specifiek voor allochtonen. De Vatanpolikliniek richt zich voornamelijk op Turken van de eerste generatie die, volgens de initiatiefnemers, nog te vaak naar het land van origine trekken voor een medische behandeling.

DOOR KIM HERBOTS

AMSTERDAM • In Vlaanderen is een sprake van een apart ziekenhuis. Hier proberen interculturele bemiddelaars de autochtone artsen allochtone gevoeligheden bij te brengen.

In feite hopen ze in de Vatankliniek om er pakkweg een jaar of twintig alweer overvoldig te zijn. "Onze eigen ouders hebben ons op het idee gebracht", legt algemeen directeur Seyit Seme uit. "Bij de jongere generatie stelt het probleem zich zo niet, maar onze ouders trekken vaak terug naar Turkije om naar de dokter te gaan. We starten nu met voornamelijk Turkse artsen, maar we hopen dat ook Marokkaanse dokters zich kunnen aansluiten. Al ons personeel kan de patiënten in hun eigen taal te woord staan."

Volgens zorgverzekeraar Agis, die het initiatief financiert, laten in de zomervakantie wat 30.000 Nederlandse Turken zich in

tegen de gedachte van integratie in. Je kunt het vergelijken met aparte scholen voor allochtonen. Dat is toch ook een segregatie die niemand wil?" Ook bij het Vlaams Minderhedencentrum is weinig enthousiasme. "Organisaties worden aangemoedigd om zich aan te passen aan andere doelgroepen", stelt Chams Eddine Zaougui. "Maar een nieuwe kliniek oprichten met een bepaalde doelgroep is een beetje te ver door naar het andere uiterste."

DIRECTEUR SEYIT SEME: Integratie is heel belangrijk, maar in behandelkamer moet men in eigen taal terechtkunnen

Seme begrijpt de kritiek. "Wat ik wil is dat de



FOTO HOLLANDE HOOGTE

■ Culturele verschillen kunnen in 'gewone' ziekenhuizen voor spanningen zorgen.

wel vraag naar is. Mijn vader laat zich op vakantie in Turkije altijd volledig onderzoeken en toen er cataract vastgesteld werd, heeft hij zich ginds laten behandelen. Zelfs al moet hij het daar volledig zelf betalen."


Mektepli organiseert regelmatig vormingsessies voor het personeel in Jan Palfijn. Daar geeft ze tips om om te gaan met allochtone patiënten. Dat zijn vaak kleine dingen, zoals de bedenking dat een handdruk tussen een allochtone patiënte en een mannelijke arts

culturele bemiddelaars aan de slag. "Ze spreken Russisch, Arabisch, Turks en Servo-kroatisch", legt Ilse Beuselinck uit. "De patiënten zijn tevreden. Natuurlijk kunnen die mensen niet altijd meteen overal aanwezig zijn, maar ze zijn er en in alle wachtkamers liggen folders in de verschillende talen om mensen attent te maken op hun aanwezigheid. Wat ons geen goed idee lijkt, is de gezondheidszorg versplinteren op basis van de herkomst van een patiënt. Iedereen krijgt



How to improve access to care?

- Barriers at system level
 - Fight system inequalities (cf. 5 B's)
 - Diversity management
 - Seamless care and networks instead of fragmented services
 - Improve attractiveness/familiarity of services
 - Bring services close(r) to target population (outreach)
 - Involve stakeholders in service planning



How to improve access to care (cont'd)?

- Barriers at individual level
 - Strengths-based approach – assessment
 - Improve gender and cultural sensitivity
 - User advocates / liasons
 - Accountability and monitoring
 - Tailored services and case management rather than 'one size fits all'-approach

This is a workshop, so





Concretisation of the recommendations

- ▶ Make groups of 3-4 persons
- ▶ Pick 1-3 recommendations and rephrase / make more concrete, taking into account:
 - ▶ Current/future organisation of substance abuse treatment and prevention
 - ▶ Needs of target population
 - ▶ Local / regional context



Recommendations PADUMI-study



At local/regional policy level

- 22. Creating flexible, proactive, low threshold, locally embedded intermediary primary health care services (De Cock, 2014: 12).
- 23. Encouraging each health professional, health service and socio-cultural service to develop action plans to meet the specific needs of persons with a migration background.
- 24. Sensitizing and training general practitioners about substance (mis)use in persons with a migrant background, drug treatment services and referral systems e.g. by using the 'me-assist' tool, working with the expertise of FedAsil and/or to the example of CAD Limburg.



At local/regional policy level

25. Providing an intercultural worker for support in the development of a diversity policy in substance abuse treatment centres in view of more accessibility for persons with a migration background, e.g. based in the independent municipal agencies in Flanders (IVA's & EVA's).
26. Developing and providing culturally competent mental health services, especially in urban centres in all the regions of Belgium.



At local/regional policy level

27. Providing adequate information to persons with a migration background about substance abuse treatment centers and distribute it via locations where the target groups will find the information (e.g. OCMW's, VDAB, health insurance funds, local shelter initiatives, etc.).



At local/regional policy level

28. Improving collaborative links and referral between mental health services, street corner work and socio-cultural organisations.
- Collaboration between mental health services and social outreach services (e.g. Mobiel teams and Dienst Outreach Stad Gent, CGG's, MSOC's).
 - Collaboration between integration (e.g IN-Gent), social (Buurtwerk & Dienst Outreach werk) and mental health care services (mobiele teams, crisis teams but also e.g. Villa Voortman).



At local/regional policy level

29. Stimulating the implementation of a dedicated, harm reduction oriented drug strategy with specific attention for persons with a migration background.
30. Considering mental health as a main activity and priority of the primary health care services (e.g. Medikuregem).
31. Creation of a platform for transcultural / culturally sensitive mental health care for knowledge sharing and dissemination, which can also possibly function as a contact point for family members and users.



At local/regional policy level

32. Entrusting the Public Centres of Social Action (OCMW's) with the social support of clients to decrease the burden on social services in hospitals, e.g. by means of training employees concerning substance (ab)use related problems and substance abuse treatment services (cfr. expertise in CGG Eklips).
33. Stimulating regular contact with the general practitioner in the target group.



At local/regional policy level

34. More intensive follow-up of users during and after incarceration and treatment (Tieberghien & Decorte, 2007) via staff of CAP's, judicial assistants, OCMW's and/or other judicial and medical services.



Substance abuse treatment and prevention

- 35. Structurally integrating culturally competent preventive activities, developed in dialogue with the target groups, into the existing mental health care services.
- 36. Adopting proactive initiatives to provide comprehensible and adapted information on the health care system for persons with a migrant background, strengthening especially the role played by the health insurance funds, OCMW's and VDAB.



Substance abuse treatment and prevention

- 37. Increasing the accessibility of interpreters by simplifying procedures, and raise the availability of interpreters by anchoring interpreters in the own organisation.
- 38. Increasing knowledge and awareness of culturally specific components in health care delivery, in view of improving the accessibility of mental health care and substance abuse treatment services for persons with a migration background (e.g. based in Trimbos Institute's 'Cultuursensitief addendum bij de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie').



Substance abuse treatment and prevention

- 39. Taking into account, as much as possible, the context of the client in the delivery of health care facilities, especially in specialised psychiatric departments in hospitals (PAAZ).
- 40. Psycho-education to increase self-reflection as an important instrument in the treatment process (Chow et al., 2010) (e.g. the Mind Spring project).

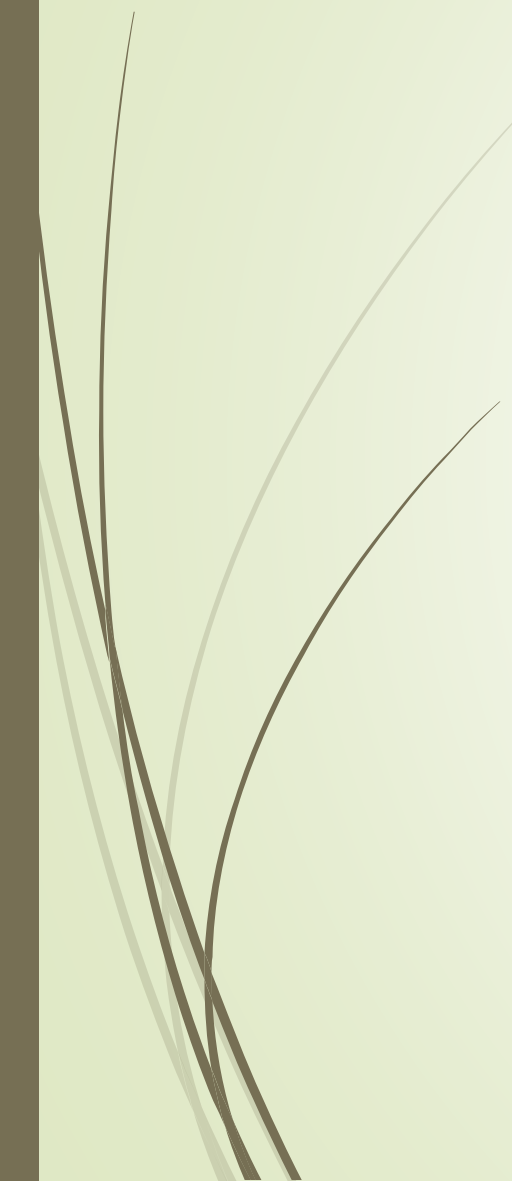


Substance abuse treatment and prevention

41. Fostering contact and networking with community members and socio-cultural organisations by means of stimulating outreach work on the different levels of substance abuse treatment services, but also in prevention and harm reduction services.
42. Involving close family members in treatment, for example by means of multidimensional family therapy (Little et al. in Alegria et al., 2011), multisystem therapy or triadogue therapeutic settings which could result in higher treatment completion rates.



Substance abuse treatment and prevention

- 43. Implementing targeted information and prevention initiatives for reaching hard-to-reach target groups as well as dealing with problems that affect specific groups (e.g. the Mind Spring project for and by asylum applicants, refugees and undocumented migrants).
 - 44. Bringing into account the medical perspective on addiction of some persons with a migration background (Broers & Eland, 2000) may open pathways to more durable treatment solutions for particular users.
- 



Substance abuse treatment and prevention

- 45. Eliminating distrust towards treatment centres while building a relation of trust with the client (especially among stigmatized target groups, e.g. Roma).
- 46. Implementing action-research and participative research methods in future projects and promoting these methods in calls as well as in local government and social and health care service practice (such as 'Wijkgezondheidscentra').