INTERUNIVERSITAIRE MANAMA-OPLEIDING JEUGDGEZONDHEIDSZORG

OKAN en het preventief medisch onderzoek: Hoe ervaren OKAN-leerlingen de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van het CLB

Dr. Joke Hertogen

Promotor: Prof. Dr. Guido Van Hal

Verhandeling voorgedragen tot het behalen van de graad van ManaMa in de Jeugdgezondheidszorg

Datum verdediging: 14/06/2017

Inhoudsopgave

ABSTRACT…… 4
DANKWOORD…….. 5

1. INLEIDING…… 7
   1.1. Motivering…… 7
   1.2. Duiding: wat is OKAN en wat is algemeen consult CLB …….. 8
      1.2.1. Wat is OKAN……..…… 8
      1.2.2. Algemeen consult CLB…….. 10
   1.3. Probleemstelling…….. 11
   1.4. Onderzoeksdoel……... 11
   1.5. Onderzoeksvraag……12

2. LITERATUURSTUDIE……13
   2.1. Opzet literatuurstudie…….. 13
   2.2. Migratie algemeen……14
   2.3. Welke rol voor Europa? …… 15
   2.4. Asielaanvragen in België ……... 17
   2.5. Onthaalklas anderstalige nieuwkomers……18
   2.6. OKAN en gezondheid……..20
   2.7. OKAN en cultuursensitieve zorg in de eerstelijnsgezondheidszorg…… 21
   2.8. Wie zijn de anderstalige nieuwkomers in de onthaalklas? …….. 22
   2.9. OKAN en het recht op gezondheidszorg…… 25

3. METHODOLOGIE……30
   3.1. Algemeen…….. 30
   3.2. Onderzoeksmethode……... 30
      3.2.1. Focusgroepen…… 31
      3.2.2. Interviews…… 31
   3.3. Onderzoeksaanpak…… 32
   3.4. Verwerking…… 33

4. RESULTATEN…… 35
4.1. Focusgroepen…….. 35
4.1.1. Gezondheidszorg in thuisland…….. 35
4.1.2. Gezondheidszorg in België……38
4.1.3. Prioriteiten bij aankomst in België…… 40
4.1.4. Verwijzing door CLB-arts……...40
4.2. Interviews…….. 42
4.2.1. Medisch onderzoek CLB……43
4.2.2. Verwijzing CLB…… 47
4.2.3. Concept ziekte en culturele dimensie…… 55

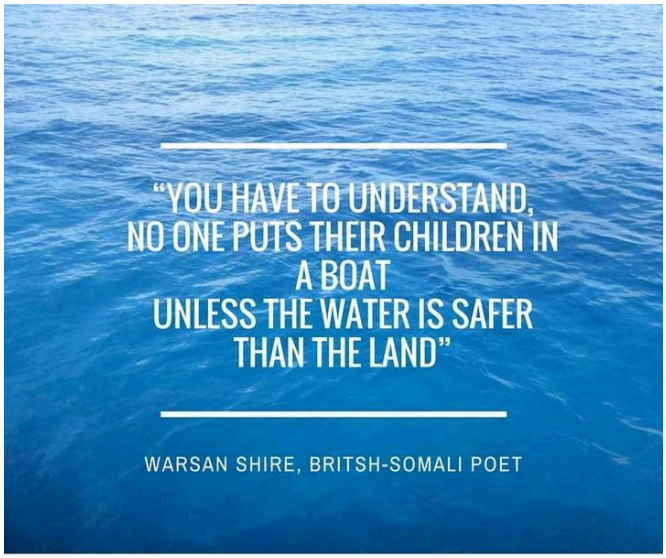
5. DISCUSSIE……...57
6. CONCLUSIE……60
7. AANBEVELINGEN…….. 60
8. REFERENTIES…… 62
9. BIJLAGEN……65

ABSTRACT

OKAN en het preventief medisch onderzoek:
Hoe ervaren OKAN-leerlingen de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van het CLB?
Doel: Nagaan wat de ervaringen zijn van anderstalige nieuwkomers in de onthaalklas (OKAN) met de doorverwijzing vanuit het Centrum leerlingenbegeleiding(CLB-preventief schooltoezicht) naar de eerstelijnsgezondheidszorg. Vanuit deze ervaringen wordt er ook gekeken naar mogelijke drempels en bevorderende factoren die deze doelgroep kunnen helpen om de verwijzing te doen slagen.
Opzet: Kwalitatief onderzoek waarbij aan de hand van focusgroepen en interviews bij de anderstalige nieuwkomers in de onthaalklas, getoetst wordt naar hun ervaringen in de doorverwijzing vanuit het CLB.
Methode: Er werd een kwalitatieve studie met 2 focusgroepen en 9 semi-gestructureerde interviews opgezet bij OKAN-leerlingen om zowel de algemene kennis van het gezondheidssysteem in België als de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg te toetsen, aan de hand van persoonlijke ervaring met verwijzing. Er werd getracht zoveel mogelijke verschillende profielen te bevragen naar ervaringen met het algemeen consult en de verwijzing die daaruit volgde.
Resultaten: De leerlingen geven aan dat ouders heel belangrijk zijn als ondersteuning voor een verwijzing. Andere belangrijke factoren die worden aangehaald zijn Cultuursensitieve zorg en taal. De algemene kennis over gezondheidszorg is heel beperkt.
Conclusie: Ouders zijn heel belangrijk voor de ondersteuning van de leerlingen, en van primordiaal belang om een verwijzing te doen slagen. Voor niet-begeleide minderjarigen zorgt een efficiënte en uniforme structuur om op terug te vallen voor een gevoel van veiligheid en voor het verhogen van slaagkans om een doorverwijzing te doen slagen.
Verder is het achterhalen van het verblijfsstatuut en de bijbehorende rechten een absolute must vooraleer men aan het algemeen preventief consult begint.
Praktische implicatie: de belangrijkste aanbeveling is dat men veel meer moet inzetten op de ouders om een band te creëren, nog voor men aan het preventief onderzoek begint.

Dankwoord

10 jaar na mijn eerste diploma als huisarts was ik heel enthousiast om terug aan een opleiding te beginnen, en vol goede moed begon ik aan de MaNaMa-opleiding jeugdgezondheidszorg.
Als clinicus en huisarts van opleiding sta ik het liefst met mijn voeten tussen de mensen/jongeren en deze masterproef leek dan ook een hele zware opgave. Ik was dan ook heel blij een promotor te vinden, bij wie ik me onmiddellijk op mijn gemak voelde, die heel realistisch naar de realiteit kijkt, en die mijn onderwerp onmiddellijk zag zitten!
Dank je wel Prof. Dr. Guido Van Hal, voor de constructieve ondersteuning en de zeer snelle reacties op mijn vragen! Wie weet verdiep ik me in de toekomst nog wel meer in Public Health, en dan hebt u daarvoor de aanzet gegeven!
De belangrijkste personen die mij de ruimte hebben gegeven om deze MaNaMa tot een goed einde te brengen en mij onvoorwaardelijk steunden, zijn mijn echtgenoot, Mohamed en onze 3 patatjes: Jenna, Ilyan en Kamil: mama die terug gaat studeren, dat vonden ze best grappig, en zo zaten we regelmatig met zijn allen aan “het huiswerk”.
Een gezinsleven met 3 kinderen combineren met een job en een MaNaMa-opleiding is geen evidentie. Daarom ben ik ook zo dankbaar dat mijn echtgenoot het als een evidentie zag dat ik dit zou doen, en dat hij er ook effectief voor gezorgd heeft dat ik de ruimte kreeg om alles te combineren.
Ook onze vaste babysits (Amina, Nawal en Yasmina) zijn goud waard! Shoekran dames!
En Mohamed, ik gun het je volledig: nu is het weer jouw beurt om in de boeken te duiken!
Ook wil ik mijn ouders bedanken, die al een heel leven geloven in mij en mij ook onvoorwaardelijk steunen.
Ik wil ook heel graag Dr. Sarah De Baere bedanken, collega-arts en dankzij deze opleiding hele goede vriendin! Dank je om samen met mij deze masterproef in gang te trekken, en veel succes met jouw deel, ik zal je hopelijk evenveel steun kunnen geven als jij aan mij gaf!
Verder wil ik ook mijn collega studenten bedanken, we waren een supertoffe groep, en jullie waren deels de reden waarom ik zo genoten heb de voorbije 2 jaar, en de blijvende motiverende stem op momenten van een kleine dip!
Verder wil ik ook mijn directie en collega’s van het CLB bedanken, voor de mentale ondersteuning en positieve bekrachtiging.
Dank aan de scholen waar we de focusgroepen mochten houden en dank voor de ondersteuning bij mijn interviews.
Als laatste wil ik de OKANleerlingen bedanken: jullie zijn een ware inspiratie voor mij,
En ik hoop dat jullie je weg vinden in het onderwijs-en gezondheidslandschap, en dat jullie dromen werkelijkheid mogen worden!


"YOU HAVE TO UNDERSTAND,
NO ONE PUTS THEIR CHILDREN IN
A BOAT
UNLESS THE WATER IS SAFER
THAN THE LAND"
WARSAN SHIRE, BRITSH-SOMALI POET

1. INLEIDING

1.1. Motivering

Vanuit mijn dagdagelijks werk als CLB-arts kom ik op zeer regelmatige basis in contact met leerlingen uit onthaalklassen anderstalige nieuwkomers (OKAN).

Het medisch onderzoek bij deze jongeren vormt een extra uitdaging op verschillende vlakken: de communicatie lijkt soms moeilijker te verlopen, zowel in anamnese als in informatieoverdracht. Het betreft ook een zeer diverse groep, vanuit verschillende perspectieven: nationaliteit, verblijfsstatuut, taalkennis, Opleidingsniveau, Culturele achtergrond,... .
Al deze factoren maken dat men vaak met een gevoel van onzekerheid blijft zitten: heeft de leerling alles begrepen, heeft de arts het goed uitgelegd, zal de verwijzing lukken, is er voldoende ondersteuning verleend?
Tijdens het medisch onderzoek blijkt ook hoe moeilijk het is om bijvoorbeeld de verblijfsstatuten te achterhalen, te checken of de leerling mutualiteit heeft,... . Vaak lijken de leerlingen hiervan zelf niet op de hoogte, en vaak hebben ze geen ingevulde ouderbrief mee, waardoor er met heel weinig informatie aan de slag moet gegaan worden.
Het blijkt ook niet evident om in contact te komen met de ouders, en er wordt vaak uitgegaan van de leerling als “spil” in het gezin, om te tolken, of administratie mee te regelen, omdat het Nederlands van de leerling soms al beter is dan dat van de ouders.

Intuïtief lijkt het mij dan ook nog belangrijker dan bij de Belgische leerlingen om zo gedifferentieerd mogelijk te werk te gaan bij leerlingen die recent in België zijn aangekomen. Dit wordt in heel algemene termen ook aangehaald in het werkdocument ‘onderzoek naar de wetenschappelijke state of the art van de preventieve gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen en jongeren ‘3-18 jaar’ uit 2010(1).
Hierbij worden er aanbevelingen gedaan om het landschap van de jeugdgezondheidszorg in België grondig te herzien en te werken met zowel een basisaanbod als een supplementair aanbod, dat systematisch of juist ook gedifferentieerd kan aangeboden worden om bepaalde doelgroepen beter te bereiken.
In dit werkdocument wordt de term “consult” vervangen door “systematisch contact”. “consult” verwijst expliciet naar een fysieke activiteit uitgevoerd door een arts of verpleegkundige, terwijl “systematisch contact” een veel ruimer begrip is. (1).
Aangezien het huidige onderzoek vertrekt van de actuele situatie zal er wel nog gesproken worden in termen van consult, maar zal in de discussie de bovenstaande opmerking wel meegenomen worden.
Dit onderzoek tracht verder te bouwen op een onderzoek uit 2006 over de compliance bij doorverwijzing in de preventieve jeugdgezondheidszorg en impact van trajectbegeleiding bij anderstalige nieuwkomers(2). Dit wordt verder uitgewerkt onder het hoofdstuk “probleemstelling”.

1.2. Duiding: wat is OKAN en wat is algemeen consult CLB

1.2.1. Wat is OKAN?

OKAN staat voor “onthaalklas anderstalige nieuwkomer”.
Hieronder wordt kort geduid wat deze termen juist inhouden, en wat de taak is van het CLB bij deze doelgroep.

Wat is een “anderstalige nieuwkomer”?
Anderstalige nieuwkomers zijn leerlingen die uiterlijk op 31 december van het lopende schooljaar vijf jaar of ouder zijn en die op de dag van de voorziene instap in de school, gelijktijdig aan al de volgende voorwaarden voldoen:

- niet het Nederlands als thuistaal of als moedertaal hebben;
- onvoldoende de onderwijstaal beheersen om met goed gevolg de lessen te kunnen volgen ;
- maximaal 9 maanden ingeschreven zijn in een school met het Nederlands als onderwijstaal (de vakantiemaanden juli en augustus worden niet meegerekend);
- een nieuwkomer zijn, d.w.z. maximaal één jaar ononderbroken in België verblijven.

Een uitzondering hierop vormen leerlingen die in een asielcentrum verblijven. Bij deze leerlingen geldt enkel de leeftijdsvoorwaarde. (3)

Het begrip “anderstalige nieuwkomer” is een zeer dynamisch gegeven. De groep anderstalige nieuwkomers van 10 jaar geleden is niet meer dezelfde als deze van vandaag. Daarom zullen we verder in dit document trachten een korte update te maken van de huidige situatie.

De onthaalklas
In de omzendbrief ‘onthaalonderwijs voor anderstalige nieuwkomers in het voltijds secundair onderwijs’(4) worden de doelstellingen van OKAN beschreven:

“Het onthaalonderwijs voor anderstalige nieuwkomers heeft tot doel anderstalige leerlingen, die onlangs in België zijn aangekomen, op te vangen, hen zo snel mogelijk Nederlands te leren en hen te integreren in de onderwijsvorm en studierichting die het nauwst aansluit bij de individuele capaciteiten van deze anderstalige nieuwkomer. Het onthaalonderwijs voor anderstalige nieuwkomers moet het voor de betrokken leerlingen dus mogelijk maken hun leerloopbaan in het regulier secundair onderwijs of desgevallend ruimer in vervolgonderwijs met succes voort te zetten.”

Er is een verschil tussen het onthaalonderwijs in het basisonderwijs en het secundair onderwijs. In het basisonderwijs zullen anderstalige leerlingen eerder deels les krijgen in aparte groepen en deels in de reguliere klas. In het Secundair onderwijs worden deze leerlingen samen gezet voor een volledig

taalbad, waarna ze doorstromen naar het reguliere onderwijs.(5)

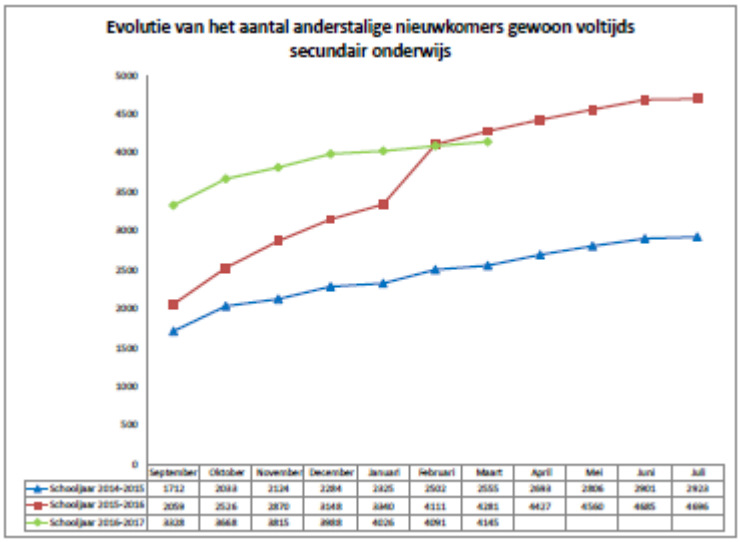
In de onthaalklas zit een zeer grote mix van leerlingen, afkomstig uit verschillende landen en met een grote verscheidenheid aan verblijfsstatuten, socio-economische achtergrond, scholing,... . Specifiek voor de onthaalklassen zijn de grote leeftijdsverschillen in één klas, en de grote verscheidenheid in afkomst(4).

Enkele cijfers

Het laatste rapport met algemene cijfergegevens over OKANleerlingen in het voltijds secundair onderwijs, van het AGentschap voor OnderwijsDIensten(AGODI)(6) toont dat er in het schooljaar 2015-2016 een serieuze piek van het aantal OKANleerlingen kon vastgesteld worden die ingestroomd zijn in de onthaalklassen. Deze trend leek zich begin schooljaar 2016-2017 ook door te zetten, maar lijkt zich op dit moment te stabiliseren.

Aantal OKAN-leerlingen op 01/01 per provincie naar niveau 2015-2017(6)

	Telling op 01/01		
	01/2015	**01/2016**	**01/2017**
2. Secundair onderwijs			
Antwerpen	998	1.297	1.461
West-Vlaanderen	310	526	604
Oost-Vlaanderen	518	685	912
Limburg	193	395	426
Brussels Gewest	148	202	245
Vlaams-Brabant	158	235	375
Totaal	**2.325**	**3.340**	**4.023**
Totaal onderwijs(+BO)			
Antwerpen	1.876	2.493	2.799
West-Vlaanderen	492	1.076	1.113
Oost-Vlaanderen	960	1.227	1.686
Limburg	322	771	769
Brussels Gewest	234	328	381
Vlaams-Brabant	305	503	738
Totaal	**4.189**	**6.398**	**7.486**



(6)

1.2.2. Algemeen consult CLB

Het algemeen consult van het CLB, wordt beschreven in het decreet betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding(7):

Tijdens een algemeen consult onderzoekt een CLB alle leerlingen van een bepaald leerjaar. Het algemeen consult heeft aandacht voor de algemene gezondheidstoestand van de leerlingen.
Door deze onderzoeken kan het CLB een aantal 'stoornissen' op tijd ontdekken. Op die manier:

- kan de basis wordt gelegd voor overleg in het multidisciplinaire team;
- kan gepast onderwijs worden voorzien als dat nodig zou zijn (zo kan een leerling waarvan gebleken is dat die niet goed hoort, bijvoorbeeld een plaats vooraan in de klas krijgen);
- kan tijdig worden doorverwezen voor behandeling. Een CLB mag zelf immers geen medische behandeling ("therapie") verzorgen. Daarvoor moet men zich steeds tot de huisarts of eventueel een specialist richten. Die zorgt er dan voor dat de medische problemen aangepakt worden. (8)

Het medisch onderzoek bij OKANleerlingen staat niet beschreven in het decreet en men kan dus veronderstellen dat het geen verplicht karakter heeft.

Anderzijds vallen deze leerlingen wel onder prioritaire doelgroepen: Het CLB begeleidt **prioritair** en **intensief** die leerlingen die in hun **ontwikkeling en leerproces bedreigd** worden. Het CLB besteedt daarbij bijzondere aandacht aan die leerlingen die door hun sociale **achtergrond en leefsituatie** leerbedreigd zijn, d.w.z. bedreigd worden in hun ontwikkeling en in hun leerproces.(9)
In de meeste CLB’s worden de OKANklassen dus wel meegenomen in de planning van de algemene consulten.

1.3. Probleemstelling

Het onderzoek van Keersmaekers(1) toonde aan dat er ondanks arbeidsintensieve begeleiding tijdens en na het preventief medisch onderzoek vanuit het CLB, toch nog meer dan één op drie doorverwijzingen mislukken.

Mogelijke oorzaken voor een moeilijke verwijzing bij anderstalige nieuwkomers liggen volgens Keersmaekers aan het verblijfsstatuut en het gevolg hiervan op de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg. Ook de kennis van het Belgisch sociale zekerheidssysteem lijkt essentieel om een goede verwijzing te bewerkstelligen. Verder bleek uit dit onderzoek dat bepaalde medische problemen niet tot de prioriteiten van anderstalige nieuwkomers zouden behoren.
Een ander belangrijk element uit dit onderzoek is het feit dat begeleiding door externe diensten niet efficiënter waren dan begeleiding door het CLB. Vooral een intensieve en directe begeleiding gaven het meeste kans op slagen. Hier bleek de informatieoverdracht een essentiële factor.(1)

Dit onderzoek heeft tot doelstelling bij de leerlingen zelf na te gaan wat hun ervaringen zijn met doorverwijzing vanuit het CLB. Van hieruit zal ook getracht worden een aantal handvaten te filteren ter ondersteuning in het dagdagelijks medisch consult van het CLB.

1.3.1. Onderzoeksdoel

Dit onderzoek was voor ons een aanzet om de vraagstelling om te draaien, en via kwalitatief onderzoek te gaan kijken naar de ervaringen van anderstalige nieuwkomers in OKAN(a).
Hierbij zal in kaart gebracht worden hoe OKAN leerlingen:

- Het algemeen consult bij het CLB beleven
- De doorstroming naar eerstelijnsgezondheidszorg ervaren
- De ondersteuning hierbij vanuit het CLB ervaren
- Wat zij als prioriteiten zien in hun empowerment en integratie in de Belgische maatschappij

Vanuit deze vaststellingen zal een poging gedaan worden om enkele handvaten aan te reiken aan artsen in de preventieve gezondheidszorg

1.3.2. Onderzoeksvraag:

Vanuit het bovenstaande gegeven werd volgende onderzoeksvraag weerhouden:

1. Hoe ervaren anderstalige nieuwkomers de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van het CLB hierin
    a. Wat zijn volgens anderstalige nieuwkomers belangrijke factoren die hierin een rol spelen?
    b. Welke elementen zijn volgens een OKAN leerling nodig om een verwijzing te doen slagen?
2. Welke prioriteiten stelt een OKAN leerling bij aankomst in België op het vlak van integratie in de Belgische maatschappij?

2. Literatuurstudie

2.1. opzet literatuurstudie

Aangezien de onderzoeksvraag toegespitst is op een vrij specifieke doelgroep, is het niet evident om voldoende informatie te verzamelen via quaternaire of tertiaire bronnen.
Zeer algemeen zijn er de richtlijnen van de VWVJ en meer actueel een werkdocument, opgemaakt ter evaluatie en scherpstellen van de doelstellingen en de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.(1)

De onderzoeksvraag werd dan ook meer opengetrokken:

- Toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg voor adolescente vreemdelingen/vluchtelingen.
- Prioriteiten bij adolescente vreemdelingen/vluchtelingen bij aankomst in een vreemd land.
- Schoolgeneeskunde bij adolescente vreemdelingen/vluchtelingen.

Vertrekkende vanuit een stapsgewijze zoekstrategie werd vertrokken vanuit secundaire bron: Medline database.
MESH Zoektermen die hier gebruikt werden waren: Primary healthcare; Emigrants and immigrants, Transients and Migrants; Adolescent; School health service; Health priorities; Refugee; Consultation and referral; Health service accessibility; Resilience, Psychological;
Naast de MESH-zoektermen, hebben we nog volgende zoektermen toegevoegd: Barrier, Migrant, access, Immigrant, maar deze termen gaven geen extra resultaten op.

Hier werden vooral artikels gevonden met achtergrondinformatie, weinig specifieke artikels.

Andere databanken die gebruikt werden waren Nivel en google scholar.
Hier werd getracht met nederlandstalige zoektermen te werken. Voordeel daarvan is dat deze artikels vaak de situatie in België en/of Nederland beschrijven, en beide landen dicht tegen elkaar aanleunen wat jeugdgezondheidszorg betreft.
Zoektermen die hier gebruikt werden zijn Migratie; toegankelijkheid; jeugdgezondheidszorg; adolescent; gezondheidszorg; ervaring; vluchteling; veerkracht. Hiermee konden we een zestal artikels filteren die vrij specifiek geacht werden.

Concreet:
Het onderzoek tracht eerst kort te schetsen wat migratie in de huidige context betekent en welke evolutie Migratie doorgemaakt heeft de laatste 10 jaar.

Vandaar zal de literatuurstudie zich voornamelijk toespitsen op de onderzochte doelgroep: de Leerling in de “onthaalklas anderstalige nieuwkomers” (OKAN) in het voltijds secundair onderwijs. Er zal kort ingegaan worden op wie deze leerlingen zijn en wat hen kenmerkt.
Daaropvolgend wordt geschetst welke impact de kenmerken van deze leerlingen hebben op hun recht op gezondheidszorg in België.

2.2. Migratie algemeen

Er bestaan verschillende vormen van Migratie. De laatste jaren is er echter 1 vorm van migratie zeer actueel en tastbaar in Europa en dus ook hier in België. Waar het vroeger voor velen misschien een ver-van-ons-bed gegeven leek, kan niemand meer rond de “vluchtelingencrisis” heen.

In 2015 is een recordaantal mensen op de vlucht als gevolg van conflict en vervolging. Uit het jaarlijkse UNHCR Global Trends rapport blijkt dat 65,3 miljoen mensen ontheemd waren aan het einde van 2015, in vergelijking met 59,5 miljoen in dezelfde periode in 2014. Dit is de eerste keer dat de grens van 60 miljoen ontheemden is overschreden.
De helft van het aantal vluchtelingen wereldwijd komt momenteel uit 3 landen: Syrië met 4,9 miljoen, Afghanistan met 2,7 miljoen en Somalië met 1,1 miljoen vluchtelingen zorgen samen voor meer dan de helft van het totaal aantal vluchtelingen onder UNHCR mandaat. (10)

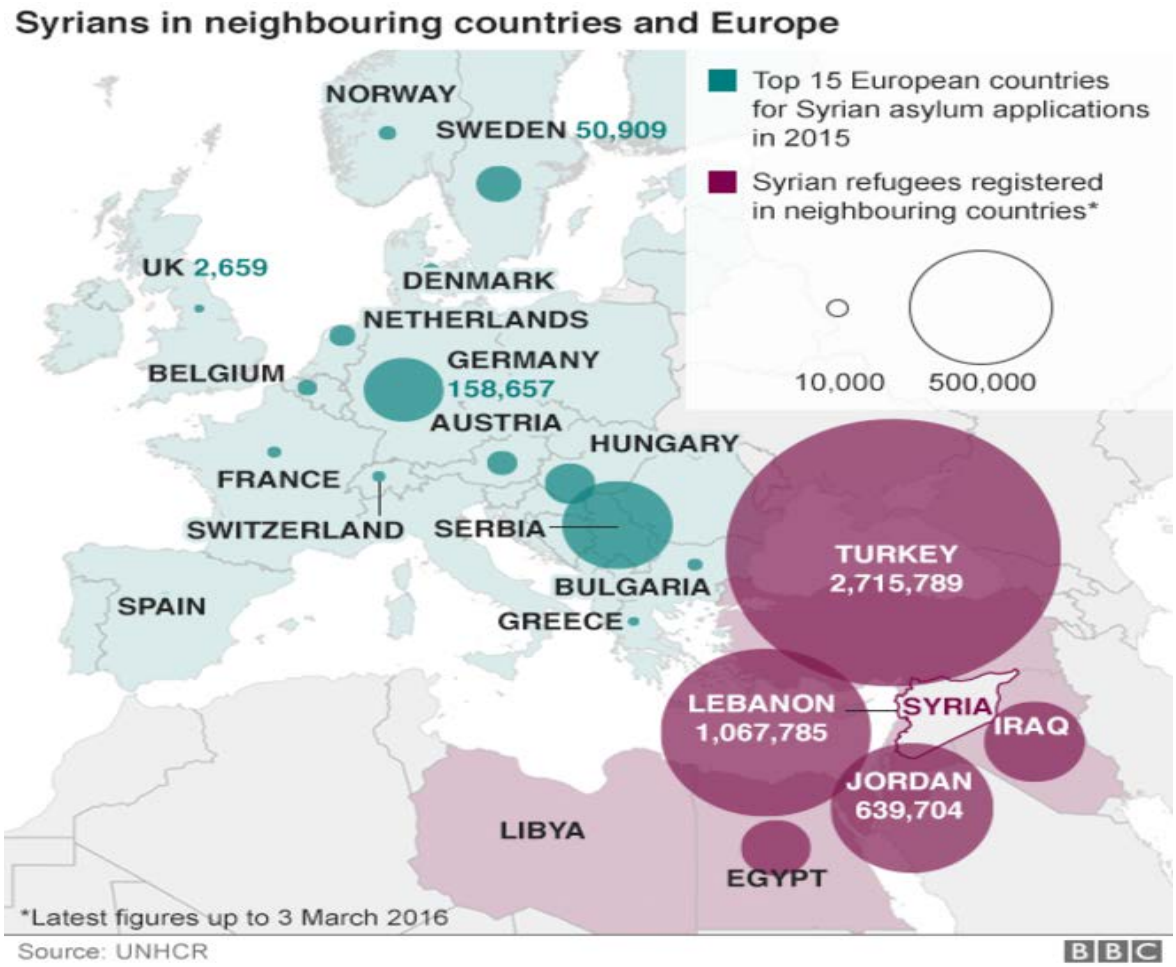
Elk jaar komen duizenden nieuwe vluchtelingen toe in de ontwikkelingslanden. Aan het begin van de jaren 1990 ontvingen de ontwikkelingslanden bijna 70% van alle vluchtelingen in de wereld. Eind 2014 was dat al meer dan 86%, terwijl vluchtelingen in de EU op datzelfde moment maar 8% uitmaakten van het totaal (iets minder dan 1,1 miljoen). (10)(11)

Kinderen
in het rapport van de UNHCR wordt ook beschreven dat momenteel 51% van alle vluchtelingen een kind is. Vele van deze kinderen reisden alleen of zijn hun ouders of familie onderweg kwijtgeraakt. Twee derde van alle vluchtelingen die in 2016 naar Europa kwamen waren vrouwen en kinderen. Vele vluchtelingenkinderen brengen hun gehele kindertijd door als vluchteling, onzeker over de toekomst, en ze hebben meer risico dan volwassenen om misbruik, verwaarlozing, uitbuiting of aanranding te ondergaan. Sommigen hebben zorgwekkende toestanden meegemaakt, of zijn gescheiden van hun familie. (12)

De Niet-Begeleide Minderjarigen vormen een specifieke groep kinderen op de vlucht.
Er zijn verschillende redenen waarom jongeren alleen op de vlucht moeten, zonder ouders of wettelijke voogd: Sommige jongeren vertrekken op zoek naar familie die al in België woont, anderen zijn slechts op doortocht, en blijven “hangen” in België. Vluchten voor vervolging of mensenhandelaars zijn andere redenen. En soms worden jongeren door familie uitgestuurd met de hoop een beter leven op te bouwen in Europa. (13)

2.3. Welke rol voor Europa?

De laatste jaren brachten conflicten hele bevolkingen op de been. Europa kent sinds 2015 een ongekende toestroom aan vluchtelingen uit conflictregio's. De UNHCR(a) spreekt van de ergste humanitaire crisis sinds de Tweede wereldoorlog.
Wereldwijd bekeken vangt Europa echter slechts een fractie van de vluchtelingen op.



Oorlogen en conflicten dreven miljoenen mensen naar grensgebieden. De meesten blijven ter plaatse. Slechts een minderheid zet hun tocht voort en via de middellandse zee kwamen ongeveer 1 miljoen mensen aan in Europa.

Vluchtelingenwerk Vlaanderen berekende dat er gemiddeld 2700 mensen per dag de oversteek waagden in 2015. Dat is 4,5 keer zoveel als in 2014. In april 2015 begon het aantal aankomsten te stijgen. Dat cijfer ging pijlsnel de hoogte in tijdens de zomermaanden en bereikte een piek in oktober 2015. In die ene maand registreerden men meer aankomsten dan in heel 2014, namelijk 221 374 personen slaagden in hun poging de Middellandse zee over te steken. (14)

Niemand blijft onberoerd bij het aanschouwen van de duizenden vluchtelingen op de Middellandse zee in de gammele bootjes, de bergen reddingsvesten, en de zovele kinderen die daarbij het leven

lieten.
Hoeveel mensen het leven lieten tijdens die tocht is niet geheel duidelijk. 2016 zou wel het dodelijkste jaar tot hiertoe zijn, met ruim 4600 slachtoffers. (15)
de reactie op en de aanpak van deze recente vluchtelingencrisis vanuit Europa is op zijn minst controversieel te noemen.

In hun rapport van januari 2016 (Obstacle course to Europe) analyseert Artsen Zonder Grenzen(AZG) de gevolgen van de Europese maatregelen voor de recentste vluchtelingencrisis, en ze trekken een vlijmscherpe conclusie: Het Europees beleid faalt niet alleen, maar vergroot de humanitaire crisis zelfs verder.

"Hoewel Europa een aantal nieuwe en positieve maatregelen trof, zoals voorstellen voor relocatie of hervestiging van asielzoekers en vluchtelingen, bleef het grootste deel van hun antwoord totaal ontoereikend en gedreven door een agenda van grenscontrole en de drang om een nieuwe toevloed af te remmen… .
Andere prioriteiten zoals vrijwillige en gedwongen terugkeer en ondersteuning van humanitair antwoord in landen van oorsprong gaan volledig voorbij aan het complexe gegeven van waarom mensen vluchten, men slaagt er niet in mensen te ondersteunen die dringende hulp en bescherming nodig hebben in Europa, en men faalt volledig om mensen een veilige en legale weg aan te bieden om deze hulp en bescherming die men zo wanhopig nodig heeft, aan te vragen."(16)

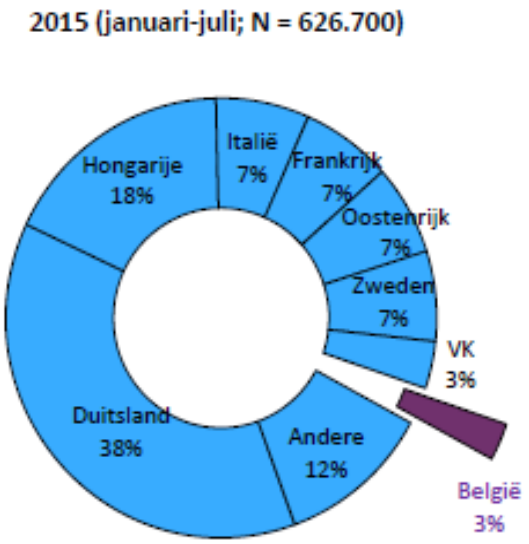
Nooit eerder heeft AZG en andere NGO's zoveel projecten op poten moeten zetten binnen Europa.

Ook de rol van België in de opvang van de vluchtelingenstroom kreeg veel kritiek. Een duidelijk voorbeeld hiervan is het geïmproviseerd vluchtelingenkamp aan Brussel Noord, dat spontaan ontpopte in de zomer van 2015, met op dat moment meer dan 1000 vluchtelingen aanwezig.
Een groep artsen die op dat moment eerste zorgen verleenden in het kamp, werkten een onderzoek uit waaruit bleek dat de condities en de morbiditeiten in het kamp vergelijkbaar waren met die van vluchtelingenkampen in de derde wereld.
Men zou kunnen verwachten dat in een rijk en georganiseerd land als België, preventieve maatregelen op tijd en efficiënt uitgebouwd zouden kunnen worden. Maar hieruit blijkt duidelijk dat zelfs een Westers land volledig overstelpt kan worden.(17)

2.4. Asielaanvragen in België - enkele factchecks

Vluchtelingen die erkend zijn door Europese landen en er verblijven, hebben bepaalde rechten. Die zijn uitgebreider dan voor personen die het vluchtelingenstatuut toegekend werd door het UNHCR en die in een ontwikkelingsland wonen.

In 2010 had 10% van de asielzoekers die een asielprocedure hadden opgestart in een land van de EU dat gedaan in België. In 2015 (cijfers van januari tot en met juli) bedroeg dat aandeel 3%. Met hun vijven ontvangen Duitsland, Hongarije, Italië, Frankrijk en Oostenrijk meer dan 75%, en dus het grootste deel van alle asielzoekers in de EU op.(11)



(11)

We zien de laatste 10 jaar een duidelijke shift in asielaanvragen. in 2010 waren het voornamelijk Oost-europeanen en Russen die asiel aanvroegen in ons land. De laatste jaren is daar duidelijk verandering ingekomen, en zijn het vooral mensen uit landen waar actueel conflicten heersen die asiel aanvragen. Dit wordt duidelijk aangetoond in onderstaande tabel. we zien een duidelijke stijging vanuit landen zoals Afghanistan, Syrie, Irak en Somalie.

Aantal nieuwkomers tussen 2000-2016

Land herkomst	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015	2016
Rusland	10.225	7.681	6.754	777	**724**
Afghanistan	2.307	3.852	10.065	7.099	**2.767**
Irak	2.068	4.879	6.438	7.722	**1.179**
Servië	10.950	4.286	3.514	201	**203**
Congo DR	7.830	4.080	5.048	650	**601**
Syrië	1.113	1.222	4.467	7.554	**2.766**
Guinea	2.416	3.295	7.682	752	**924**
Iran	6.755	2.885	1.970	537	**340**
Albanië	4.571	913	2.648	538	**817**
Armenië	3.035	2.986	2.651	187	**226**
Kosovo	0	2.017	5.537	495	**331**
Turkije	3.887	1.626	1.526	229	**736**
Kameroen	2.307	1.813	2.274	318	**286**
Rwanda	2.847	1.837	1.739	230	**299**
Algerije	4.209	1.082	1.102	114	**111**
Pakistan	1.718	915	2.706	487	**292**
Somalië	823	784	1.667	1.932	**847**
Slowakije	4.045	1.763	131	1	**8**
Georgië	2.534	1.193	1.720	248	**242**
Macedonië	1.648	564	2.847	209	**165**
Bulgarije	2.975	846	229	7	**6**
Andere	40.076	17.577	27.241	5.187	**4.840**
Totaal	**118.339**	**68.096**	**99.956**	**35.474**	**18.710**

www.npdata.be

2.5. Onthaalklas anderstalige nieuwkomers

Onderstaande tabel toont de 10 meest vertegenwoordigde nationaliteiten in de OKANklas per schooljaar tot 2014 (18). Dit zijn de meest recente gegevens die werden teruggevonden, in het laatste AGODI jaarverslag dat 2-jaarlijks wordt uitgebracht. Hier ziet men duidelijk dat Afghanen al jaren de grootst vertegenwoordigde groep zijn, hoewel hun aantal gehalveerd is sinds het schooljaar 2013-2014.

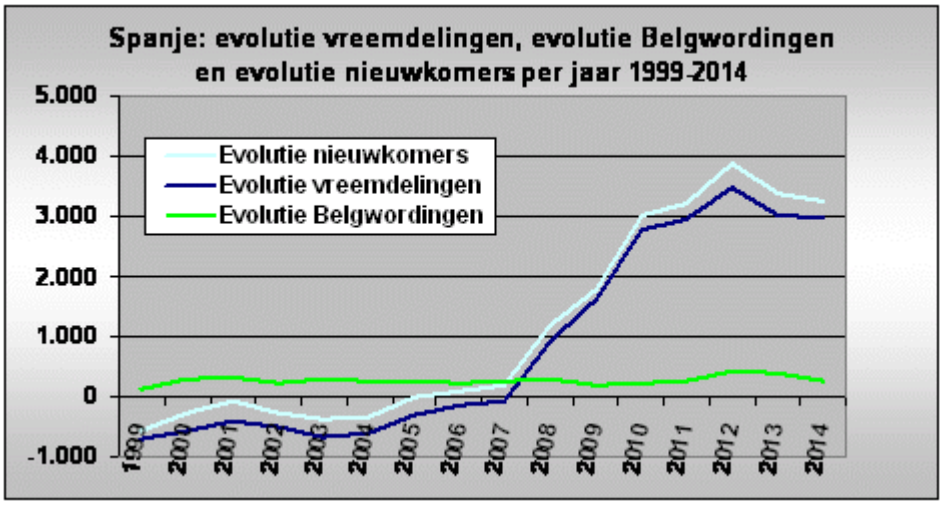
Opvallend is dat Syriërs hier nog niet in voorkomen, wat vermoedelijk voor 2015-2016 wel zal zijn, afgaande op de stijging van het aantal asielaanvragen.

Mogelijks kan dit verklaart worden doordat ouders in een eerste flow alleen de tocht gewaagd hebben, en daarna hun vrouw en kinderen hebben laten overkomen.

2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
Afghanistan (242)	Afghanistan (268)	Afghanistan (502)	Afghanistan (422)	Afghanistan (203)
Marokko (169)	België (155)	Bulgarije (151)	België (156)	Polen (176)
België (147)	Kosovo (152)	Polen (143)	Polen (141)	Ghana (116)
Bulgarije (123)	Bulgarije (147)	België (149)	Bulgarije (137)	Bulgarije (113)
Irak (114)	Rusland (123)	Irak (140)	Marokko (124)	Roemenië (109)
Kosovo (99)	Irak (123)	Marokko (118)	Irak (113)	Spanje (103)
Rusland (97)	Marokko (114)	Turkije (114)	Turkije (104)	Marokko (101)
Polen (91)	Macedonië (101)	Roemenië (100)	Roemenië (103)	België (84)
Turkije (89)	Armenië (100)	Servië (98)	Spanje (83)	Irak (82)
Armenië (85)	Servië (94)	Rusland (88)	Ghana (81)	Turkije (68)

(18)10 meest voorkomende nationaliteiten in de OKANklas per schooljaar

Er wordt heel kort ingegaan op een groep binnen de onthaalklas die de laatste jaren veel meer aanwezig lijkt te zijn: de Spanjaarden. Dit buikgevoel wordt ondersteund door onderstaande grafiek en bovenstaande tabel(18). Uit de grafiek blijkt uit dat er sinds 2007 een uitgesproken toename is van Spaanse nieuwkomers. Mogelijks is dit gerelateerd aan de financiële crisis in 2008. In bovenstaande tabel ziet men ook dat Spanjaarden voor de eerste maal opduiken in de meest voorkomende nationaliteiten vanaf het schooljaar 2012-2013.



(19) www.npdata.be: aantal Spaanse nieuwkomers tussen 1999 en 2014 in België.

2.6. OKAN en gezondheid

Gezien de grote verscheidenheid binnen de OKAN groep, kan er binnen het bereik van dit onderzoek niet in detail ingegaan worden op elke subgroep. Er zal vooral getracht worden een algemeen beeld te schetsen van de meest kwetsbare groepen in onze samenleving en die vertegenwoordigd zijn in de onthaalklassen.

Onderzoek toont aan dat asielzoekers meer lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen rapporteren en ook minder gezond zijn dan autochtonen(20). Deze verschillen zijn het kleinst op jonge leeftijd(15-24jr) en het grootst op oudere leeftijd(45-64jr).
Er wordt door hen ook meer gebruik gemaakt van zorgvoorzieningen, zoals huisarts, medisch specialisten of bijkomend onderzoek.
Opvallend is dat asielzoekers die langer in een opvangcentrum zitten, minder gezond en ook minder gelukkig zijn dan mensen die slechts kort of niet in een opvangcentrum gezeten hebben(21).

Een kwalitatief onderzoek naar de veerkracht van jonge vluchtelingen kon mooi aantonen hoe deze jongeren omgaan met hun problemen, verantwoordelijkheid hierin nemen en erin slagen op een creatieve manier om te gaan met stressoren(22). Er werden 6 factoren gefilterd die belangrijk zijn om de veerkracht van jonge vluchtelingen aan te sterken: sociale ondersteuning; socialisatie strategieën; onderwijs; religie; vermijding en hoop.

Uit literatuurstudie blijkt dat er reeds veel onderzoek gedaan is naar psychische gezondheidszorg bij jonge vluchtelingen. Een systematische review uit 2011 rapporteert prevalenties voor Post Traumatisch Stress Syndroom(PTSS) van 19% tot 54% en voor depressie van 3% tot 30%, bij kinderen van asielzoekers(23).
Niet-begeleide minderjarige asielzoekers rapporteren meer internaliserende problemen, traumatische ervaringen en chronische psychische problemen dan vluchtelingenjongeren met familie of autochtone jongeren(24).

De psychische gezondheid van zowel volwassenen als kinderen is gelinkt aan de mate van blootstelling aan trauma in het land van oorsprong en de leefomstandigheden in het gastland. Ook de lengte van de asielprocedure, en het aantal keer verhuizen tussen centra hebben een invloed op de mentale gezondheid.(25)

Niet begeleide minderjarige jongeren(NBM) vormen dus een specifieke groep in de onthaalklas. Een zeer recent kwalitatief onderzoek (26) (februari 2017) dat peilt naar het pedagogisch perspectief bij NBM geeft mooi de visie weer van professionals in verband met het welzijn van deze jongeren. Deze professionals gaven aan dat NBM’s zowel veerkracht als trauma hebben, maar dat het evenwicht sterk individueel verschilt. Risicofactoren die naar voor werden geschoven betroffen vroegere traumatische ervaringen, niet-begeleid zijn en het zich moeten ontwikkelen in een geheel nieuwe,

vreemde context. Anderzijds gaven professionals ook aan dat Veerkracht een heel belangrijk gegeven is, ondanks de kwetsbaarheid van de groep.(26)
Dit onderzoek maakte ook een mooie literatuurreview van de verschillende onderzoeken over deze doelgroep tussen 1998 en 2007. Hier blijkt nogmaals uit dat er vooral onderzoek beschikbaar is in verband met psychopathologie, zowel vanuit de “at-risk” benadering als de “strength-based” benadering.

2.7. OKAN en cultuursensitieve zorg in de eerstelijnsgezondheidszorg

Een zeer belangrijk element, waarvan onderzoek reeds aantoonde dat het van primordiaal belang is in het werken met mensen met migratie-achtergrond is cultuursensitieve zorg.

Vaak vertrekken hulpverleners vanuit etnisch-culturele kenmerken om te kijken naar een patiënt en zijn probleem. Dit houdt het risico in dat hulpverlener en patiënt elkaar niet “begrijpen”, juist omwille van hun uitgangspunt van “culturele achtergrond” als vaststaand gegeven (persoon ís de cultuur). Cultuur is echter geen grijpbaar gegeven en kan niet gevat worden in één geheel. (27)
In hetzelfde document wordt een poging gedaan te bevatten wat cultuursensitieve zorg dan wel inhoudt:

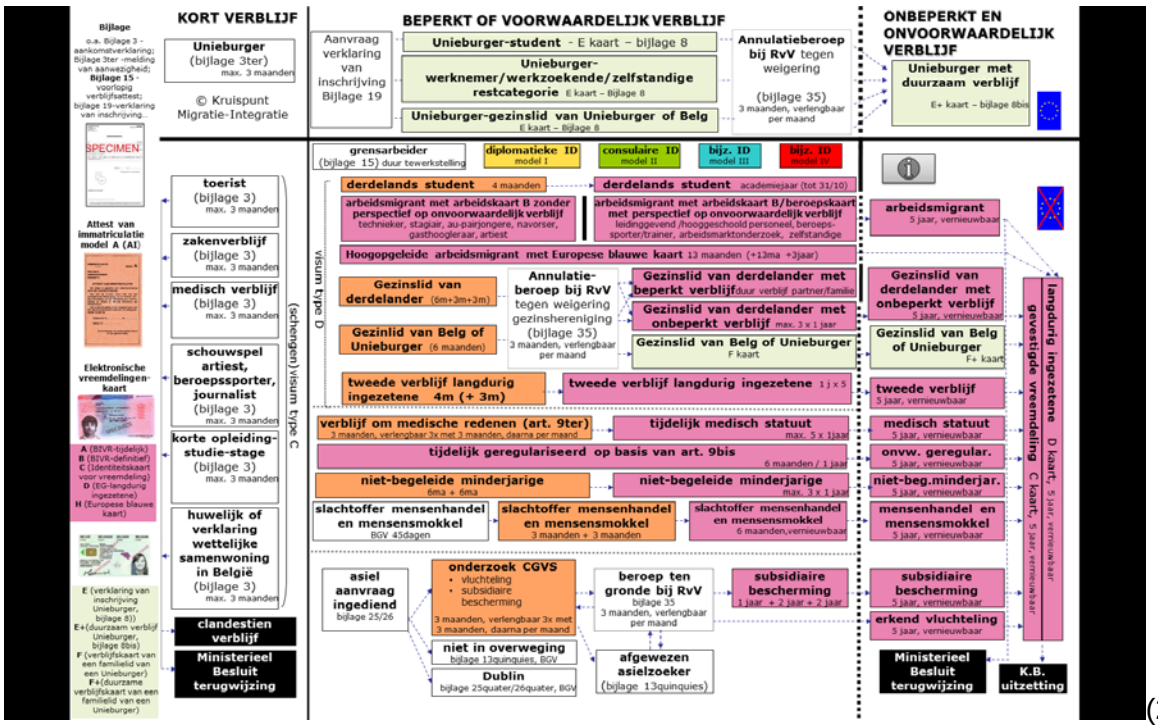
“Cultuurgevoelige hulpverlening vertrekt vanuit het idee dat het enige universele, en dus neutrale, waar we kunnen van uitgaan is dat lijden universeel is, dat het overal ter wereld voorkomt. In elke cultuur zullen ook de volgende drie vragen gesteld worden: Hoe kan ik lijden herkennen? Wat is de mogelijke oorzaak van dit lijden? Hoe kunnen we het lijden stoppen? Hoe universeel deze vragen ook zijn, de antwoorden hierop zijn cultuur gekleurd, ook in ons Westers ziektesysteem. Of lijden als een ziekte gezien wordt of niet, is een maatschappelijke afspraak. “ (27)

Meer concreet kan dus gesteld worden dat cultuursensitieve zorg gezondheidszorg is die niet alleen oog heeft voor het lichamelijke, sociale of psychische dimensies, maar die ook oog heeft voor de culturele dimensies, zonder daarin vast te blijven zitten.
Rekening houden met de referentiekader van het individu is zeker een must en met de groeiende diversiteit in onze samenleving wordt dit aspect steeds belangrijker.

Met de groeiende diversiteit in onze samenleving wordt dit aspect steeds belangrijker.
In 2016 werd wel een mooi onderzoek verricht rond de doorverwijzing van jongeren naar gespecialiseerde zorg in de geestelijke gezondheidszorg, waarbij ouders bevraagd werden rond hun ervaringen hiermee.
Dit onderzoek toonde goed aan dat betekenisgeving een heel belangrijke factor is om rekening mee te houden. Ouders kunnen mogelijks vertrekken vanuit een ander cultureel referentiekader, en het is dan ook essentieel om dit te erkennen en hierin tegemoet te komen als hulpverlener. (28)

2.8. Wie zijn “anderstalige nieuwkomers” in de onthaalklas?

Hieronder wordt getracht een overzicht te geven van de meest courante verblijfsstatuten. Onderstaand schema geeft een overzicht van alle mogelijke verblijfsstatuten in België. Het spreekt vanzelf dat het volledig uitschrijven hiervan niet binnen de mogelijkheden van dit onderzoek valt. Daarom wordt getracht een summier overzicht te geven(29):



(29)

Asielzoekers: iemand wordt asielzoeker of kandidaat-vluchteling genoemd vanaf het moment dat hij of zij zijn aanvraag heeft ingediend en zolang het onderzoek loopt.

Erkende vluchtelingen: volgens de conventie van Genève geldt volgende definitie: “Een persoon die uit gegronde vrees voor vervolging wegens zijn ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of zijn politieke overtuiging, zich bevindt buiten het land waarvan hij de nationaliteit bezit, en die de bescherming van dat land niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil inroepen, of die, indien hij geen nationaliteit bezit en verblijft buiten het land waar hij vroeger zijn gewone verblijfplaats had, daarheen niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil terugkeren.” (31)
Na het indienen van de asielaanvraag wordt onderzocht of iemand, op grond van de Conventie van Genève, als vluchteling erkend kan worden.

In België hebben asielzoekers recht op opvang en begeleiding, de zogenaamde “materiële” hulp. Ze hebben geen recht op financiële steun, zolang het onderzoek loopt: dit recht op materiële hulp start

op het moment dat de asielaanvraag wordt ingediend, tot op het moment dat de asielprocedure wordt afgesloten.
De asielzoekers worden opgevangen in een open opvangstructuur, georganiseerd door Fedasil of één van de partners. Asielzoekers zijn niet verplicht om in deze opvangstructuur te blijven, maar de meerderheid doet dit wel.
Eenmaal men erkend is als vluchteling krijgt men 2 maanden de tijd om een woning te zoeken. Daarna moet men de opvangstructuur verlaten. (32)

Subsidiair beschermde vluchtelingen: het subsidiair beschermingsstatuut is in de eerste plaats een tijdelijk statuut. Mensen die bijvoorbeeld vluchten voor een oorlog, komen ~~ze~~ niet in aanmerking voor de vluchtelingenstatus. Er zijn dan wel zwaarwegende gronden om aan te nemen dat er risico is op ernstige schade door dit gewapend conflict, en ze hebben dus wel nood aan bescherming.
Zij krijgen een tijdelijke verblijfsvergunning tot het conflict in hun land van herkomst voorbij is. Indien dit na vijf jaar nog aan de gang is, krijgen ze een definitieve vergunning.
Concreet voor OKAN zijn dit meestal de leerlingen uit de huidige conflictgebieden: Syrië, Afghanistan, Irak, Somalië,... .

Niet-Begeleide Minderjarige Vreemdeling(NBMV): je bent een niet begeleide minderjarige vreemdeling als je aan 4 voorwaarden voldoet: jonger zijn dan 18jaar, je wordt niet begeleid door een persoon die het ouderlijk gezag of voogdij over de minderjarige uitoefent. Je bent onderdaan van een ander land dan de Europese economische ruimte (EU + Ijsland, Noorwegen en Liechtenstein). Ten laatste ben je ook in asielprocedure of zonder wettelijk verblijf in België.
Je krijgt dan een Voogd toegewezen. De voogd helpt de jongeren met de verschillende procedures, onderwijs, opvang, gezondheid, beheer goederen. De Voogd brengt ook op regelmatige tijdstippen verslag uit bij de vrederechter.
Opvang NBMV: in een eerste fase worden deze jongeren opgevangen in een OOC(Observatie- en Oriëntatiecentrum). Hier wordt nagegaan of de jongere effectief minderjarig is, en verder wordt ook een medisch, sociaal en psychologisch profiel opgemaakt om eventuele kwetsbaarheden in kaart te brengen.
Na 2-4 weken wordt de jongere overgebracht naar een collectief opvangcentrum, waar ze in een aparte leefgroep verblijven, met eigen begeleiders en opvoeders.
Na 4-12 maanden kunnen jongeren ouder dan 16 doorstromen naar een meer individuele opvangstructuur.
In België zijn NBMV beschermd: tot de leeftijd van 18 jaar mag een jongere niet uitgewezen worden, los van het feit of deze een procedure heeft opgestart of niet. Als men op de leeftijd van 18 jaar erkend wordt, heeft men recht steun aan te vragen bij het OCMW. (32)

Nb. op 3 april 2014 nam het federale parlement een nieuwe wet aan.
Voortaan worden onder ‘niet-begeleide minderjarige vreemdelingen’ ook de jongeren begrepen die

voldoen aan de bijkomende voorwaarden:
onderdaan zijn van een lidstaat van de Europese Economische Ruimte of van Zwitserland; geen toestemming krijgen om te reizen en te verblijven in België door de persoon die het ouderlijk gezag of de voogdij over hen uitoefent; zich in een kwetsbare toestand bevinden of een aanvraag indienden als slachtoffer van mensenhandel of mensensmokkel.

Geregulariseerden: geregulariseerden zijn mensen die geregulariseerd worden omwille van humanitaire(9bis) of medische redenen (9ter).

Uitgeprocedeerden: dit zijn mensen die negatief antwoord hebben gekregen op hun asiel- en regularisatie aanvraag. Zij hebben een bevel gekregen om het grondgebied te verlaten.

Clandestiene migranten: dit zijn mensen die nooit een asielaanvraag ingediend hebben en illegaal het land zijn binnengekomen.

Derdelander: iedereen met de nationaliteit van een ander land dan een EU-land, Ijsland, Noorwegen of Liechtenstein.
Concreet voor OKAN zijn dit de leerlingen van buiten de Europese Unie, die op een legale manier naar België zijn gekomen. Hier valt bijvoorbeeld gezinshereniging onder.

Langdurig ingezetene: als derdelander kan je de status “langdurig ingezetene aanvragen in elk land van de Europese Unie.
Er moet voldaan zijn aan bepaalde voorwaarden: je moet derdelander zijn, met een ononderbroken wettelijk verblijf van 5 jaar in het EU-land van de aanvraag. Je moet een minimum inkomen hebben en je hebt een ziekteverzekering voor jezelf en de familie ten laste. Je mag ook geen gevaar zijn voor de openbare orde. In bepaalde situaties ben je expliciet uitgesloten(bijvoorbeeld (kandidaat) Vluchteling of (kandidaat) subsidiair beschermde).
eenmaal je dit statuut hebt verkregen, kan je in elk EU-land het statuut van langdurig ingezetene met tweede verblijf aanvragen.

Langdurig ingezetene met tweede verblijf in België:
Als je in een EU-land het statuut van langdurig ingezetene hebt verkregen, dan heb je het recht om in België een “tweede verblijf” aan te vragen. Je krijgt dan tijdelijk verblijfsrecht. De voorwaarden voor een tweede verblijf zijn: een geldige reden hebben: Je moet bewijzen dat je over stabiele, regelmatige en toereikende inkomsten beschikt voor jezelf en je familieleden om te voorkomen dat jij of je familieleden ten laste vallen van de overheid. Je moet ook een ziekteverzekering hebben.je mag verder geen gevaar voor de openbare orde en de volksgezondheid zijn. Dit moet je aantonen met een attest.
een voorbeeld hiervan is als langdurig ingezetene in Spanje, een tweede verblijf aanvragen in België

of omgekeerd.
Een concreet voorbeeld binnen OKAN, zijn de Marokkaanse gezinnen met Spaanse verblijfsvergunning (langdurig ingezeten in Spanje).
Het addertje onder het gras hier is dat leerlingen en hun gezin die binnen deze categorie lijken te vallen, vaak niet voldoen aan alle voorwaarden.

Unieburger: voor elke onderdaan van de EU, Ijsland, Noorwegen of Liechtenstein geldt een 'vrij verkeer van personen'. Als men langer dan 3 maanden in België wil verblijven kan men een verblijfsvergunning verkrijgen onder volgende voorwaarden: werknemer of zelfstandige, werkzoekende, student, voldoende bestaansmiddelen, familielid van een unieburger die voldoet aan de voorwaarden voor gezinshereniging, ander verblijfsstatuut.
Concreet voor OKAN zijn dit de leerlingen met nationaliteit van een land binnen de EU (Schengen + Ijsland, Noorwegen, Liechtenstein).

2.9. OKAN en het recht op gezondheidszorg

Te weten komen wie de medische kosten betaalt voor elk type verblijfsstatuut is alles behalve gemakkelijk.
Het zou ons te ver leiden om dit binnen deze studie uitgebreid te beschrijven, hoewel kennis hierover natuurlijk essentieel is om met de OKAN doelgroep aan de slag te gaan. Voor meer informatie verwijs ik graag door naar de website van Medimmigrant(32).

Hier staat het recht op gezondheidszorg per statuut, betalingstype of specifieke (medische) situatie heel mooi, duidelijk en uitgebreid beschreven, en is hier deels overgenomen, rekening houdend met de voorwaarden die van toepassing zouden kunnen zijn op OKAN leerlingen.

Er zijn voor vreemdelingen grof gezien 7 verschillende (terug)betalingsmodaliteiten voor medische kosten te onderscheiden:

1. Aansluiting bij en tussenkomst door een Belgisch ziekenfonds

Aansluiting bij een ziekenfonds kan als gerechtigde of als persoon ten laste.
Onderstaande profielen komen hiervoor in aanmerking:

- *Officiële tewerkstelling:* als bijvoorbeeld ouder(s) van een OKANleerling officieel tewerkgesteld zijn en dus sociale zekerheidsbijdragen betalen, kan het hele gezin ten laste beroep doen op het ziekenfonds.
- *Verblijfsstatuut:* Vreemdelingen die op een legale manier in België verblijven (> 3 maanden, onbepaalde duur, gevestigd). Ook kandidaat-vluchtelingen waarvan de aanvraag voor 01/06/2007 ontvankelijk verklaard werd door de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ) of door het Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS) vallen hieronder.

- *Niet-Begeleide Minderjarigen:* deze jongeren moeten wel kunnen aantonen dat ze 3 maanden of langer opeenvolgend naar school gaan. Dit attest wordt afgeleverd door de school.

Nb.1. *Uitlooprecht:* Na het verlies van een legaal verblijf, kan het zijn dat het ziekenfonds nog enkele maanden blijft doorlopen. De ziekteverzekering blijft doorlopen tot het einde van het jaar, volgend op het jaar waarop dit geopend is.
Nb.2. kleinkinderen ten laste kunnen ook recht hebben op ziekteverzekering, op voorwaarde dat ze inwonen bij hun grootouders.

2. Tussenkomst door het ziekenfonds van het EU-herkomstland

Personen die tijdelijk in België verblijven en een ziekteverzekering hebben in het EU-herkomstland kunnen daar beroep op doen in volgende gevallen:

- Noodzakelijke zorg tijdens tijdelijk verblijf: dit zijn verstrekkingen die nodig zijn om te vermijden dat de verzekerde vroeger dan gepland moet terugkeren naar de bevoegde lidstaat om daar de noodzakelijke zorg te ontvangen. Dit kan zowel over acute aandoeningen gaan, alsook over sommige chronische of reeds bestaande aandoeningen.
- Onverwachte hospitalisatie.

3. Fedasil

Fedasil is verantwoordelijk voor de medische zorg van asielzoekers in hun opvangstructuren, of die van hun partners.
Algemeen gesteld wil dit zeggen dat elke persoon die recht heeft op opvang via Fedasil, recht heeft op medische zorgen zoals bepaald volgens de RIZIV-nomenclatuur.
Hierop zijn enkele uitzonderingen (relevant voor OKAN): zoals orthodontie, esthetische ingrepen, tanden trekken en/of verzorging onder algemene verdoving.

Anderzijds hebben zij wel recht op bepaalde hulpverlening en zorg, die niet opgenomen is in de RIZIV-nomenclatuur(relevant voor OKAN): tanden trekken en tandprothese ter herstel van de kauwfunctie; brillen voor kinderen, voorgeschreven door een oogarts, met uitzondering van bi- of multifocale of gekleurde glazen; geneesmiddelen van categorie D en geregistreerd als geneesmiddel in België.

Op individueel vlak kan Fedasil ook beslissen om uitzonderlijke medische zorg toe te kennen die niet opgenomen is in de nomenclatuur.

Ook noodzakelijke psychologische ondersteuning is een recht voor mensen in deze opvang. Dit wordt op individuele basis bekeken en ingeschat door een arts die de nood bepaalt.

4. OCMW

4.1. De gewone maatschappelijke dienstverlening of integratie

Er zijn 2 vormen van hulp die het OCMW hier kan bieden:

1. maatschappelijke integratie: via leefloon, werk of individuele uitstippelen van een traject om terug mee te draaien in de maatschappij.
2. maatschappelijke dienstverlening: het OCMW bepaalt zelf de meest geschikte hulpverlening op basis van de situatie van de aanvrager. Dit kan financieel, sociaal, medisch of huisvesting zijn.

OCMW's hebben de taak het recht op maatschappelijke integratie te waarborgen aan personen die onvoldoende bestaansmiddelen hebben en die voldoen aan een aantal in de wet opgesomde toekenningsvoorwaarden(enkel uitzonderingsvoorwaarden relevant tot OKAN worden hier opgenomen):

- legaal verblijf in België
- meerderjarig (tenzij ontvoogd door huwelijk of minderjarig zwanger of met kind)
- bereid te werken(tenzij billijkheidsreden: vb studie, OCMW bepaalt wat in aanmerking komt!)
- verblijfsstatuut kan variëren, maar dit moet samenhangen met een verblijfsrecht. (uitzondering mogelijk voor bepaalde groepen wat materiële dienstverlening betreft, vb asielzoekers).

4.2. De materiële opvang in lokale opvanginitiatieven (LOI)

Een LOI is een lokaal opvanginitiatief, hetgeen meer kleinschalige opvang biedt aan asielzoekers, en kan aangevraagd worden na 4 maanden in collectieve opvang, omwille van specifieke omstandigheden.
Voor OKANleerlingen is dit bijvoorbeeld vaak van toepassing op de niet-begeleide minderjarigen.
Vaak wordt een LOI georganiseerd door het OCMW, en op medisch vlak dienen de bewoners in het algemeen(enkele uitzonderingen terzijde gelaten) niet meer beroep te doen op fedasil.
Dit is dus een verschil met andere opvangstructuren voor asielzoekers!

Over het algemeen wordt voor medische zorgen, éérst contact genomen met het ocmw (door betrokkene of arts). Het ocmw zal dan een medische kaart of requisitorium afleveren voor een arts (en evt apotheek) naar keuze. De arts kan dan de facturen doorsturen naar het ocmw.

4.3. De OCMW-regeling 'dringende medische hulp'

Het begrip “dringend medische hulp” staat uitgeschreven in het KB van 12 december 1996 en wordt gedefinieerd als ‘hulp die een uitsluitend medisch karakter vertoont en waarvan de dringendheid met een medisch attest wordt aangetoond’.
concreet valt daar preventieve en curatieve zorg onder, ambulant verstrekte zorg en zorg verstrekt in een verpleeginstelling.

Dringend medische hulp is dus veel ruimer dan ‘hoogdringende geneeskundige hulpverlening’ die onmiddellijk vereist is na een ongeval of bij ernstige ziekte.
Het oordeel over het dringend karakter kan enkel door een arts beoordeelt worden.

Deze hulp kan enkel verleent worden aan mensen zonder een wettig verblijf in België, en die niet door een andere regeling kan betaald worden.
voorwaarden zijn als volgt:

- men verblijft Illegaal in België
- behoeftig
- een arts attesteert dat men dringend medische hulp nodig heeft.

Mensen met een verblijfsvergunning in een Europees land(unieburger) komen hiervoor enkel in aanmerking als men hier onwettig verblijft en kan aantonen dat de ziekteverzekering in herkomstland niet meer geldig is, en men geen werk heeft.
concreet voor OKAN betekent dit dat jongeren uit Europese landen(Spanje, Italie,..) vaak geen recht hebben op deze dringend medische hulp!

De aanvraag dient te gebeuren in de gewoonlijke verblijfplaats van de betrokkene.
er bestaat een standaard medisch attest, dat in bijlage toegevoegd wordt.

5. Reisverzekering (met inbegrip van privéziekteverzekering)

Dit is meestal niet van toepassing op OKANleerlingen, dus hier wordt verder niet op ingegaan.

6. Derde verantwoordelijke – Garant – Onderhoudsplichtige

In deze categorie is voornamelijk de Garant-Borgsteller van belang bij OKAN leerlingen.
voor visumplichtige vreemdelingen kan een Belg of een vreemdeling met onbeperkt verblijfsrecht zich garant stellen. dit betekent dat je de persoon die met een visum naar België komt, volledig ten laste neemt, dus ook de medische kosten.

Voor de andere categorieën verwijzen we graag naar de zeer uitgebreide brochure van Medimmigrant.

7. De betrokkene staat zelf in voor de betaling van zijn medische kosten

Het OCMW gaat steeds na of iemand behoeftig is, en of de persoon geen beroep kan doen op andere betalingsregelingen(zoals hierboven beschreven).
Er wordt ook nagegaan in hoeverre er eigen middelen beschikbaar zijn. Concreet kan het dus zijn dat een persoon wel een doktersbezoek kan betalen, maar geen hospitalisatie.

3. METHODOLOGIE

3.1. Algemeen:

Kwalitatief onderzoek is een vorm van interpretatief onderzoek waarbij op een systematische manier getracht wordt data te verzamelen, analyseren en interpreteren om een bepaald fenomeen te vatten.

Dit onderzoek zal vertrekken vanuit kwalitatief onderzoek, waarbij het theoretische doel is de betekeniswereld achter sociale processen, interacties, sociale relaties, gedragingen, gevoelens, houdingen en ervaringen te exploreren, en de dagelijkse werkelijkheid achter gevonden statistische verbanden te achterhalen(33).

Deze studie-opzet leunt aan bij de onderzoekstraditie van de fenomenologie en zal vanuit een breed kader op een descriptieve manier zoeken naar hoe individuen een bepaald fenomeen beleven, en dit te beschrijven(33).

Een efficiënte manier om dit uit te werken kunnen focusgroepen of interviews te zijn, dit zijn dan ook de meest gebruikte onderzoekstechnieken binnen kwalitatief onderzoek.

De meerwaarde van kwalitatief onderzoek te gebruiken in dit onderzoek ligt hem in het feit dat de leerlingen omwille uiteenlopende redenen verwezen zijn, onder verschillende medische statuten vallen, en dat zij dit elk op een andere manier beleefd hebben. Door hier dieper op in te gaan hopen we handvaten aangereikt te krijgen, die het CLB kunnen helpen om gedifferentieerde en kwaliteitsvolle hulpverlening te kunnen bieden, aangepast aan deze doelgroep.

De onderzoeker die de focusgroepen en interviews afneemt was geen expert communicatie. Er werd op voorhand getracht informatie en tips te verzamelen over het efficiënt afnemen van een kwalitatief interview(34), zodanig dat de interviews toch minimaal gestandaardiseerd en wetenschappelijk onderbouwd konden afgenomen worden.

3.2. Onderzoeksmethode

Concreet vormt dit onderzoek een aanvulling op een kwantitatief onderzoek uit 2006 van Keersmaekers K (2).

In een eerste fase werd gekozen om 2 focusgroepen uit te voeren, om meer algemeen te gaan kijken naar de kennis van OKANleerlingen omtrent de gezondheidszorg in herkomstland en België. er werd één focusgroep uitgevoerd in Antwerpen en één in Gent.

In de tweede fase werd, aan de hand van semi-gestructureerde interviews getracht een beeld te krijgen van de ervaringen van individuele OKANleerlingen met doorverwijzing vanuit het CLB.
De focusgroepen en interviews werden geregistreerd via geluidsopnames, die naderhand uitgeschreven, gecodeerd en geanalyseerd werden.

Voor de codering werd gebruikt gemaakt van het programma NVIVO.

3.2.1. Focusgroepen

Hiervoor werd samengewerkt met 2 OKANscholen, 1 in Antwerpen en 1 in Gent.

Deze focusgroepen werden afgenomen in Juni 2016, op een einde van het schooljaar. Er werd gevraagd aan de betrokken leerkrachten om een groep leerlingen te selecteren met verschillende nationaliteiten, die het Nederlands reeds goed beheersten.

We zijn ons bewust van de aanwezige bias, dat de leerlingen niet ad random geselecteerd werden, maar we kozen ervoor om de focusgroep in het Nederlands te doen, en er dus voor te zorgen dat de aanwezige leerlingen het gesprek goed konden volgen en participeren.

De topics die besproken werden tijdens de focusgroepen waren eerder algemeen:

- Kennis van het Belgische gezondheidszorgsysteem
- Kennis gezondheidszorgsysteem in thuisland
- doorverwijzing vanuit het CLB
- prioriteiten bij aankomst in België

Het script van de focusgroepen in bijlage toegevoegd.

3.2.2. Interviews

Er werden semigestructureerde interviews afgenomen bij de leerlingen of de ouders (buitengewoon onderwijs). De vragen lagen nog niet volledig vast op voorhand, waardoor er ruimte bleef voor eventuele zijsprongen en verdieping.
Uitgangspunt hier was dat de interviewer de respondent zoveel mogelijk ruimte liet om in eigen bewoordingen antwoord te geven op de vragen.

Zoals reeds beschreven, is er gepoogd te werken met een zo groot mogelijke verscheidenheid aan profielen/statuten binnen de groep van de anderstalige nieuwkomers.

Selectiecriteria:

hieronder wordt opgelijst welke criteria opgenomen zijn om een keuze te maken wie gecontacteerd zou worden voor een interview.

- OKAN leerling, of OKAN leerling geweest tijdens schooljaar 2015-2016.
- Leeftijd: er werd gekozen om enkel leerlingen ouder dan 15 jaar te weerhouden.
- Leerlingen zitten nog op een school van het GO! Antwerpen: dit criterium is puur praktisch, binnen de mogelijkheden van dit onderzoek was de tijdsinvestering om andere scholen te contacteren te moeilijk.
- CLB-onderzoek gehad in het voorgaande schooljaar én verwezen door de CLB-arts.
- De verwijzing mag omwille van uiteenlopende redenen zijn.

De topics waren hier iets meer specifiek, alhoewel er ook getracht werd een beeld te krijgen van de algemene kennis van de leerlingen rond de kennis van het gezondheidssysteem.

- Verloop medisch onderzoek CLB
- verwijzing door het CLB
- wat was rol CLB in deze verwijzing en hulp andere hulpverleners
- wat betekent “ziekte” voor leerling, zowel in België als in thuisland
- prioriteiten bij aankomst in België

In bijlage werd het script voor de interviews toegevoegd.

3.3. Onderzoeksaanpak:

De leerlingen werden zo gestandaardiseerd mogelijk geselecteerd.

Via LARS (het Leerlingen Activiteiten en Registratiesysteem van het CLB) werd opgezocht welke leerlingen verwezen waren tijdens het schooljaar 2015-2016, vanuit de OKAN klassen van KA Antwerpen, KA Hoboken en spectrum Borgerhout.

Dit was niet altijd eenvoudig, omdat sommige leerlingen niet meer in een onthaalklas zaten of veranderd waren van school, en deze er dus één voor één uitgefilterd werden.

Op deze lijst werden de selectiecriteria toegepast, en er werd rekening gehouden met het feit dat ze nog op dezelfde school zaten, dit omwille van praktische redenen.
Van daaruit werd dan een persoonlijke selectie gemaakt op basis van de verschillende profielen.

Oorspronkelijk was het de bedoeling om de leerlingen persoonlijk te contacteren en een huisbezoek in te plannen. Dit bleek praktisch niet haalbaar binnen de beschikbare tijdsspanne.

Daarom werd de leerlingbegeleiding van elke school gecontacteerd, die aan elke leerling het onderzoek uitlegde en het ‘Informed Consent’(IC) meegaf aan de leerling indien deze minderjarig

was, werd gevraagd dit informed consent thuis voor te leggen aan de ouders, en als dat te moeilijk was, werden de ouders opgebeld met de vraag tot deelnemen.

Indien de leerling en de ouders akkoord gingen met het interview, werd er een afspraak op school gemaakt. Ter plaatse kreeg elke leerling nogmaals de volledige uitleg, aan de hand van het IC.

Alle interviews werden afgenomen door één onderzoeker. De onderzoeker was in alle gevallen, behalve één, ook de betrokken CLB-arts die het medisch onderzoek had uitgevoerd het schooljaar ervoor of contact had gehad met de betrokken ouder voor verwijzing.

We zijn er ons ten zeerste van bewust dat dit wel degelijk Bias met zich meebrengt, en dat hieraan dan ook zowel voor- als nadelen verbonden zijn:

Een mogelijk nadeel dat de onderzoeker ook de betrokken arts is, zou kunnen zijn dat leerlingen vooral positieve dingen vertellen, omdat ze geen kritiek durven geven.

Anderzijds zou dit ook een voordeel kunnen zijn: omdat de leerlingen de onderzoeker al kennen, is de drempel lager, is er meer vertrouwen, en zullen ze juist meer durven vertellen.

Het voordeel van 1 interviewer, is dat deze meer gestandaardiseerd te werk kan gaan. Door elke leerling min of meer dezelfde vragen op dezelfde manier te stellen.

De interviews werden afgenomen op school. Eerst werd samen met de deelnemers het informed consent overlopen en het doel van het interview werd nogmaals uitgelegd. Er werd expliciet duidelijk gemaakt dat anonimiteit gewaarborgd was, dat er geen goede of foute antwoorden waren. Ten laatste werd gecheckt of het interview via geluidsopname mocht opgenomen worden. Dit was voor alle deelnemer in orde.

3.4. Onderzoeksverwerking

Transcript:

De audio-opnames werden uitgeschreven in Word. Er werd getracht zo letterlijk mogelijk te beschrijven wat er werd gezegd.

De focusgroepen werden uitgeschreven in het Nederlands.

Elk interview werd uitgeschreven in de gebruikte taal tijdens het interview(Nederlands, Engels of Spaans). Naderhand werden de gebruikte citaten zo letterlijk mogelijk vertaald. Eventuele onduidelijkheden of foute zinsconstructies werden wel uitgezuiverd, maar er werd getracht een zo minimaal mogelijke aanpassing te doen aan de oorspronkelijke citaten, om de boodschap zo letterlijk mogelijk over te laten komen.

Coderen:

Het coderen werd uitgevoerd met het programma NVIVO. NVIVO is een pakket voor kwalitatieve analyse van tekstverwerking. Hiermee werd het codeboek opgesteld.

De focusgroepen en interviews werden apart gecodeerd. Dit betekent dat er 2 codeboeken werden opgemaakt.

Er werd gekozen om op iteratieve wijze te werk te gaan. Dit betekent dat er stap voor stap werd gecodeerd, en gaandeweg codes werden toegevoegd. Naarmate de verwerking vorderde werden er dan ook logischerwijs minder nieuwe codes gegenereerd, en meer reeds bestaande codes hergebruikt.

Om de verwerking van het transcript en de codes overzichtelijk te houden kreeg een categoriale aanpak de voorkeur. De focusgroepen en interviews zullen onder resultaten verder apart besproken worden.

4. Resultaten

Wat het informed consent betreft, waren alle gecontacteerde leerlingen akkoord tot deelname aan het interview.
Er waren 3 leerlingen meerderjarig. 5 leerlingen waren minderjarig, en daarvan brachten 3 leerlingen een getekend IC terug. 2 ouders werden opgebeld, en gingen na telefonische uitleg akkoord.

4.1. Focusgroepen:

er werden 2 focusgroepen uitgevoerd, waarvan 1 in Antwerpen en 1 in Gent. Hiervoor werd samengewerkt met een collega, waarbij elk 1x interviewer en 1x observator was.
De groepen waren ongeveer even groot, met een gelijkaardige diversiteit in nationaliteiten.
Opvallend was dat de groep in Antwerpen iets mondiger was, en meer spontaan durfde te praten.
Het bleek algemeen vrij moeilijk om dieper in te gaan op de verschillende thema's. De focusgroepen verliepen eerder als een vragenronde, waarbij elk om de beurt zijn eigen situatie kon beschrijven.

Om de anonimiteit te waarborgen van de leerlingen worden onder de quotes enkel de eerste letter van de naam en het herkomstland genoteerd.

Hieronder worden de categorieën beschreven:

1. Gezondheidszorg in thuisland
2. Gezondheidszorg in België
3. Prioriteiten bij aankomst in België
4. Verwijzing door CLB-arts

4.1.1.Gezondheidszorg in thuisland

Aangezien de deelnemers in de focusgroepen zo divers mogelijk geselecteerd zijn kregen we hier een hele waaier aan antwoorden.

Wat opvalt is dat de meeste jongeren aangeven dat er **in hun land geen huisarts** is. Als men **ziek** is gaat men rechtstreeks naar het **ziekenhuis of de apotheek**.

In Kosovo heb je geen familiedokter zoals hier, als je ziek bent, ga je naar het ziekenhuis.
A, Kosovo

In mijn regio zijn 2 grote ziekenhuizen, en verder kleine privéklinieken, waar je moet betalen.
E, Ghana

als je ziek bent, dan ga je direct naar de dokter, er is geen familiedokter.

A, Syrië

Goh, op de Filippijnen… ik woon in een dorp, ver van de stad, en het is moeilijk om naar het ziekenhuis te geraken. Je kan niet bellen naar de dokter. En in het ziekenhuis moet je heel lang wachten. De meeste mensen die ziek zijn, blijven gewoon thuis. in het dorp hebben wij alleen een verpleegster, geen dokter. Er is een apotheek in het dorp. Sommige medicatie kan je in de apotheek kopen, maar soms kunnen we geen medicatie kopen omdat er geen geld is. Het is heel moeilijk.
N, Filippijnen

In Somalië zijn er geen huisartsen, maar wel veel apotheken. Als je ziek bent, dan ga je direct naar de dokter in het ziekenhuis. Dat moet je zelf betalen. Er zijn enkele organisatie, NGO's, als je een accident hebt, die mensen betalen voor hen. Als jij hoofdpijn hebt dan ga je naar de apotheek en kan je de medicatie gewoon kopen.
F, Somalië

In Afghanistan hebben we geen familiedokter. We hebben wel een publiek ziekenhuis en apothekers.
W, Afghanistan

Voornamelijk jongeren uit **Europese landen** geven aan **wel een huisarts** te kennen:

Als je ziek bent in Polen, dan ga je naar je familiedokter. In de grote stad moet je een paar dagen wachten, in een kleinere stad misschien niet.
A, Polen

In Bulgarije is het zoals in Polen. Soms ziekenhuis, soms huisarts. Als je minder dan 18 jaar oud bent, moet je niet betalen.
S, Bulgarije

Je gaat naar de dokter, en klaar, dat is gemakkelijk. Elke stad heeft een klein ziekenhuis, en een grote stad heeft een groot ziekenhuis. En daar heb je je familiedokter, in een klein ziekenhuis. de dokter komt niet naar huis, je moet naar het ziekenhuis. Wel met de ambulance.
M, Spanje

Als je ziek bent in Polen, dan ga je naar je familiedokter. In de grote stad moet je een paar dagen wachten, in een kleinere stad misschien niet. Want er zijn meer mensen in een grote stad. Als je heel

ziek bent, dan mag je naar het ziekenhuis gaan; of je mag bellen en dan komt de ambulance naar jou thuis. Als je een specialist nodig hebt, dan mag je naar je familiedokter gaan, en dan moet je wel wachten. Ook al ben je heel ziek, soms moet je 2 maanden wachten voor je op consultatie kan gaan bij de specialist. En voor een operatie moet je dan nog langer wachten. Je kan ook privé gaan, maar dan moet je veel betalen.

A, Polen

Navraag over het **mutualiteits- of verzekeringssysteem**, geeft aan dat jongeren er vaak wel **iets over weten, maar geen details**:

Nee, er is geen verzekering. Heb je geen geld, dan ga je dood. Vroeger was het niet zo duur, maar nu is het wel heel duur. De meeste mensen konden vroeger naar de dokter, maar nu kost het heel veel. Als je nu de dokter niet kan betalen, kan je naar de apotheek, en die geeft jou medicatie.

A, Syrie

In Kosovo hebben we geen mutualiteitskaart. Als je ziek bent, dan ga je naar de kliniek, die dicht bij je thuis is. De dokter schrijft dan een voorschrift, voor medicatie, en die moet je dan betalen. Als je heel ziek bent, dan moet je naar het ziekenhuis, en dan krijg je een papiertje, en dan mag je 1 week blijven. Alleen als je heel erg ziek bent, bijvoorbeeld voor een operatie, dan moet je alles betalen.

A, Kosovo

in Spanje, als je werkt, elke maand pakt de stad 50euro automatisch van je loon, en dan moet je niks betalen als je naar de dokter gaat.

M, Spanje

Samenvatting Gezondheidszorg in thuisland:

- Niet-Europese jongeren geven aan dat er in hun thuisland geen huisartsen zijn. als men ziek is gaat men naar het ziekenhuis of de apotheek.
- Europese jongeren kennen meestal wel het concept “huisarts” in hun thuisland.
- de werking van ‘mutualiteit’ of ‘verzekering’ in het thuisland is slechts heel vaag bekend.

4.1.2.Gezondheidszorg in België:

Een **afspraak maken** bij de huisarts lijkt voor de meeste jongeren **geen probleem**. Wel hebben sommigen het gevoel dat je **heel lang moet wachten** vooraleer je een afspraak krijgt bij de huisarts. Zonder uitzondering geeft iedereen aan dat ze **op hun ouders rekenen** om een afspraak te maken bij de huisarts.

Je mama of papa, want wij zijn nog geen 18 jaar.
M, Spanje

Mijn papa regelt alles, Ik ken mijn familiedokter niet, dus als ik ziek ben, dan moet ik dat vragen aan papa, wie de familiedokter is.
E, Ghana

tot nu toe ben ik nog niet naar de dokter gegaan, vorige week ben ik naar de tandarts gegaan. Ik heb aan mijn vader gezegd: ik heb pijn aan mijn tanden, en hij heeft een afspraak gemaakt voor mij. Ik ben 18, maar mijn papa regelt toch alles voor mij.
A, Syrie

ik praat eerst met mijn ouders, zij maken een afspraak en dan ga ik naar de dokter;
A, Kosovo

Ik weet het niet zo goed want mijn mama heeft dat gedaan. Maar het is niet zo moeilijk, het is gemakkelijk om de dokter te vinden.
A, Irak

1 deelnemer, **niet-begeleide minderjarige** geeft aan dat hij **rechtstreeks naar een arts** in het asielcentrum gaat.

In het centrum is een dokter waar ik naartoe kan. In het centrum kan je je naam op een lijst schrijven, en dan kan je gezien worden door de dokter. als je op de lijst staat dan kan je naar de dokter, maar als je er niet op staat dan niet.
W, Afghanistan

Mutualiteit is **deels gekend** door sommigen. Enkel weten helemaal niet wat dit is. De meesten kunnen wel delen van het **concept benoemen**, en “een klevertje” doet bij velen een belletje rinkelen.

Ja, eerst betalen, en als je mutualiteit hebt, zal die niet alles, maar een deel terugbetalen

M, Spanje

Een organisatie voor als je moeilijk hebt met betalen, werkt met een kaart. zo een blauw papiertje?
N, Filippijnen

Ik weet het niet (algemeen veel twijfel)
A, Kosovo

Ja, ik heb ook een blauw klevertje
A, Syrie

Ik heb een rood klevertje
E, Ghana

Ik heb dat ook, zo een klevertje;
A, Polen

Ik heb zo een sticker.
B, Marokko

Niemand heeft een **idee** of de arts hen op consultatie zou laten komen als men **geen mutualiteit** heeft.

1 leerling legt spontaan een link tussen OCMW en Mutualiteit:

met een papier betaalt het OCMW, en een klein beetje betalen wij.
A, Syrie

Samenvatting gezondheidszorg in België:

- alle leerlingen die in België zijn met één of beide ouders, rekenen zonder uitzondering, op hun ouders om contact te leggen met de huisarts.
- de niet-begeleide minderjarige leerlingen dienen wel zelf contact te leggen, maar hebben wel een arts beschikbaar binnen hun opvangstructuur.
- Het Belgische mutualiteitssysteem is slechts vaag bekend bij de leerlingen.
- ook over de werking van het OCMW, linke met mutualiteit of wat te doen als je geen mutualiteit hebt is slechts weinig geweten.

4.1.3.Prioriteiten bij aankomst in België

Voor de meeste leerlingen zijn **studeren, taal en werk** absolute prioriteiten.

Identiteitskaart, werken en school

W, Afghanistan

studeren, school

A, Kosovo

enkelen vernoemen ook **papieren** als prioriteit.

als je geen papieren hebt, kan je niet naar België komen.

A, Polen

werk, met werk kan jij papieren krijgen.

M, Spanje

1 leerling benoemt **vrienden** als prioriteit, omdat je op die manier de taal gemakkelijker zou leren:

Als je vrienden hebt, kan je de taal leren.

M, Bulgarije

samenvatting Prioriteiten:

- belangrijkste prioriteiten die naar voor komen zijn studeren, taal en werk.

4.1.4.Verwijzing door CLB-arts

Er werd kort ingegaan op het medisch onderzoek vanuit het CLB en een eventuele verwijzing:
Op de vraag wat men zou doen **als men verwezen** wordt door de CLB-arts, antwoordt de meerderheid dat men **gewoon zou gaan.**

Als er specifiek gevraagd wordt wat **mogelijke drempels** zouden kunnen zijn om niet in te gaan op de verwijzing, komen vooral **angst**, **onverschilligheid** en **gebrek aan vertrouwen** naar voor.

ik ga meer problemen hebben erna. Ik ga nog een groter probleem hebben. bijvoorbeeld als je een groot probleem hebt, en je moet naar de specialist gaan, bijvoorbeeld elke 2 weken op controle gaan, dan kan je niet je normale leven verder zetten. als je binnen de 2 weken op controle moet gaan, en je gaat niet en je pas 3 weken daarna, dan kan je misschien niet meer recupereren. En als je niet kan herstellen van de ziekte, als je er niets aan kan veranderen, heeft het misschien geen zin.

M, Spanje

misschien gaan jouw ogen nog verbeteren.
A, Syrië

misschien hebben ze niet voldoende vertrouwen in de dokter? Dat ze het systeem niet vertrouwen?
N, Filippijnen

Stress, dat je de dokter niet zou begrijpen, en dat je niet begrijpt wat er met jou aan de hand is.
A, Syrië

bang om pijn te hebben
E, Ghana

Ondersteuning wordt vooral heel **praktisch** ervaren: **helpen** met een **afspraak** maken, al is er ook 1 deelnemer die zou **bestraffen**.

Als die jongen een afspraak heeft, en hij komt niet, eventueel laten betalen, of een straf.
M, Spanje

Als de persoon niet komt opdagen op zijn afspraak, kunnen jullie misschien een nieuwe afspraak maken.
F, Somalië

Eventueel een dokter zoeken die de taal praat van de jongere.
A, Syrië

samenvatting verwijzing CLB-arts:

- er wordt algemeen uitgegaan van het feit dat als men verwezen wordt, men ook gewoon zou gaan.
- mogelijke drempels zijn angst, onverschilligheid en gebrek aan vertrouwen.
- ondersteuning kan best heel praktisch zijn.

4.2. Interviews

Er werden in totaal 8 leerlingen geïnterviewd en 1 vader van een leerling met een mentale beperking, waarvoor het CLB een aangepaste school diende te zoeken.
Alle interviews werden uitgevoerd door 1 interviewer. Tijdens het interview werd de taal gesproken die de voor de leerling het gemakkelijkst was en die ook goed beheerst werd door de interviewer.

De duur van de interviews varieerde sterk, gemiddeld was dit 22,5minuten.
De gemiddelde leeftijd was 16,6jaar, en de leerlingen waren gemiddeld 14,7 maanden in België.

In onderstaande tabel worden de kenmerken weergegeven van de geïnterviewden.

	leeftijd	M/V	gezinssituatie	land	maand in Belgie	taal interview	duur interview
I1(vader)	13	v	ouders	Nepal	14	engels	30
I2	17	m	tante+nonkel	somalie	16	engels	29
I3	18	m	vader	afghanistan	12	engels	27
I4	16	m	ouders	afghanistan	13	nederlands	13
I5	18	m	vader	Ghana	17	engels	15
I6	19	v	ouders	Marokko	16	spaans	17
I7	15	v	ouders	Niger	14	nederlands	16
I8	17	v	ouders	syrie	15	nederlands	21
I9	17	m	NBM	syrie	16	nederlands	31

Tabel XX: Kenmerken deelnemers interviews

Ook bij de interviews werd de verwerking categoriaal aangepakt. Onderstaande categorieën werden gefilterd:

1. Medisch onderzoek CLB
    - Uitleg Leerkrachten
    - Verloop medisch onderzoek
    - Uitleg CLB-arts
2. Verwijzing vanuit het CLB
    - Effect verwijzing
    - factoren die verwijzing doen slagen
    - drempels verwijzing
    - consult huisarts/specialist na verwijzing
    - verwijzing buitengewoon onderwijs
3. Betekenis ziekte – culturele dimensie
    - concept ziekte
    - ziek worden in thuisland

4.2.1. Medisch onderzoek CLB

Uitleg leerkrachten

zoals aangehaald in het begin van het onderzoek komen OKAN leerlingen op medisch onderzoek bij het CLB. Uit de interviews komt duidelijk naar voor dat **leerkrachten op voorhand** de leerlingen hierover **inlichten en uitleg geven**.

Ik wist niets van het CLB, mijn leerkracht heeft dat wel uitgelegd dat we naar daar gingen, en dat ze in onze ogen en oren zouden kijken en ons hele lichaam. En als we problemen hadden, dat ze ons zouden begeleiden. En als je ouders hier zijn, dan maken zij contact met je ouders.
CLB doet onderzoek en ze vaccineren ook. Ik heb 2-3x vaccinaties gekregen.
J, Afghanistan, NBM

De school heeft gezegd dat wij op een bepaalde datum naar de dokter gingen. Daar zou de dokter zeggen welke problemen wij hebben. Er kan dan ook een afspraak gemaakt worden met de specialist van tanden, oren of ogen. Er kan meteen een afspraak gemaakt worden met de specialist.
A, Afghanistan

Onze klastitularis heeft ons papieren gegeven om in te vullen en gezegd dat wij naar het medisch onderzoek moeten gaan. Ik vind dit idee heel goed, want niet alle leerlingen hebben geld om naar de huisarts te gaan, en bij sommige leerlingen, bijvoorbeeld anderstalige leerlingen is het gemakkelijker om naar het medisch onderzoek van school te gaan, omdat ze geen andere dokter kennen.
A, Syrië

Leerlingen lijken wel **stukken** op te pikken van de **uitleg van de leerkracht** in verband met het CLB, maar het valt het op dat het **niet voor iedereen duidelijk** was wat er juist gaat gebeuren.

Door de leerkrachten, zij hebben dat aan ons gezegd. Ik vind dit idee heel goed, want niet alle leerlingen hebben geld om naar de huisarts te gaan, en bij sommige leerlingen, bijvoorbeeld anderstalige leerlingen is het gemakkelijker om naar het medisch onderzoek van school te gaan, omdat ze geen andere dokter kennen.
Soms als ze op school zeggen dat we ergens naartoe gaan, dan begrijp ik niet wat ze willen zeggen, en dan ga ik gewoon mee. Ze zeggen dan de naam van die plaats, waar ik nog nooit van gehoord heb. Dan vraag ik aan mijn klasgenoten waar we naar toe gaan. Of dan vraag ik het aan de leraar.
S, Spanje

ze vertelden enkel dat ik voor vaccinaties naar het onderzoek zou gaan.
H, Somalie

1 leerling gaf aan dat **hijzelf** aan de **leerkracht** hadden **aangegeven een medisch probleem** te hebben, en een andere leerling vertelde dat het juist de **school was die bezorgd** was:

Op school was ik heel ziek. ik had het aan niemand verteld, want ik hield de pijn voor mezelf. ik dacht eerst dat het tijdelijke pijn was, en dat als ik medicatie zou drinken, het over zou gaan. maar toch voelde ik me niet goed. toen dacht ik dat het misschien een groter probleem was en heb ik de leerkracht aangesproken.
K, Afghanistan

Ja, ik had geen goede concentratie. als de leerkrachten lesgeefden, dan voelde ik een probleem aan mijn ogen, en viel ik in slaap in de klas.
T, Ghana

Verloop medisch onderzoek

Het **onderzoek** zelf leek **goed te verlopen** voor de meesten. enkele herinnerden zich nog zeer goed wat er was gezegd en gedaan. aangezien elke geïnterviewde verwezen was, kwam dit ook bij de meeste aan bod toen ze hun verhaal deden over het verloop van het onderzoek:

Ik moest op het bed gaan liggen en ze vroeg me of ik laat ging slapen, of ik vaak aan de computer zat. En ja, soms chat ik heel lang, tot 01h 's nachts. Ze besprak met mij dat te lang aan de computer zitten mijn ogen kon beïnvloeden. Ik zou vroeger moeten gaan slapen en ik zou niet zo vaak voor de computer moeten zitten.
T, Ghana

Ik ben naar het clb geweest met onze klas, en daar was een onderzoek om na te gaan hoe ik hoor, zie en hoe mijn lichaam is, hoe het met mijn tanden gaat, ze hebben alles nagekeken en het was goed.

Ja, ik heb een brief gekregen voor mijn ogen, want ik heb een beetje problemen om ver te zien, en ik heb nu een bril

De dokter heeft gewoon gezegd dat ik die aan mijn begeleiding moest geven, want ik had een probleem met mijn ogen. Dat ik naar de oogarts moest gaan en een bril zou krijgen.

Ik was in het asielcentrum van Fedasil, en toen ik naar het medisch onderzoek geweest ben, heeft de dokter gezegd dat ik een bril moest dragen, want ik had een probleem met mijn ogen, en zij heeft een email gestuurd naar mijn begeleiding. En toen ben ik naar het centrum teruggekomen, en toen heeft mijn begeleiding gezegd dat ik een afspraak had en dat ik naar de oogarts moest gaan.
J, Afghanistan, NBM.

We moesten onze beurt afwachten, en toen mochten we eerst bij de verpleegster gaan.
Ze heeft me gewogen en gemeten. Ze heeft ook een ogentest en gehoortest gedaan. Ze zei dat ik

een bril moest dragen.
Ja, ik heb een brief gekregen, maar ik weet niet meer waar ik deze gelegd heb.
S, Spanje

de CLB-arts vertelde me waar het ziekenhuis was.
H, Somalië

Ze(CLB-arts) sprak met mij, en vertelde me dat ik terug moest gaan naar de huisarts.
K, Afghanistan

1 jongen gaf aan dat de **arts zelf een afspraak** had **gemaakt** met de specialist:

Ik had een probleem met de oren. Ik ben dan naar mijn huisarts geweest, en die zei dat het niet zo een groot probleem was.
Ze hebben een audiometrie gedaan, en ik heb de tonen niet gehoord, dan hebben ze gezegd dat ik een probleem heb. Ze hebben ook gevraagd of ik nog andere problemen heb en dat ik die kon vertellen.
Ja, ze hebben een papier gegeven, met een afspraak in het ziekenhuis. Er stond de datum op waarop ik naar de specialist kon gaan, dat was de verwijsbrief, maar wel met een datum waarop ik naar de specialist moest gaan.
A, Afghanistan

1 leerling haalde spontaan aan dat de **arts** in het **Frans (thuistaal) genoteerd** had wat er aan de hand was en waarom een verwijzing noodzakelijk geacht werd:

We zijn gegaan en ze hebben gezegd dat ik niet goed kon horen. Ze heeft een brief gegeven en op de brief stond dat ik naar het ziekenhuis moest gaan. Ze hebben dat op het clb gezegd. De dokter heeft het in het frans genoteerd in de brief wat ik moest doen.
F, Niger

1 leerlinge gaf spontaan een **belangrijke opmerking** in verband met cultuursensitieve zorg tijdens het medisch onderzoek:

Bijvoorbeeld voor kleding, als wij naar het medisch onderzoek gaan, meestal moeten de leerlingen de kleding uitdoen. Maar jullie hebben dat goed gedaan. Jullie verplichten niemand om de kleren uit te doen. Sommige leerlingen zijn verlegen om zonder kleding daar te staan, maar jullie hebben dat gerespecteerd, en dat is belangrijk. Dit is voor sommige leerlingen, dit hangt van de cultuur af.
A, Syrie

Uitleg CLB-arts

De meeste leerlingen gaven aan dat ze de **uitleg** van de CLB arts **goed hadden begrepen**. 1 leerling klonk vrij verward in zijn uitleg, aangezien hij inging op een ander probleem dan dat waarvoor hij verwezen was.

het was een goed plan om naar de specialist te gaan. de CLB-arts motiveerde me ook om te gaan. hij zei dat het probleem niet heel groot was, maar dat het toch goed was om naar de specialist te gaan.

Het is heel belangrijk om de persoon zelf te leren kennen. Zelfs als je niet kan zien dat een persoon veel stress heeft, bijvoorbeeld de arts vertelde me dat als ik stress heb ik dat mag vertellen.
H, Somalië

Ja, ik heb een brief gekregen voor mijn ogen, want ik heb een beetje problemen om ver te zien, en ik heb nu een bril. De dokter heeft gewoon gezegd dat ik die aan mijn begeleiding moest geven, want ik had een probleem met mijn ogen. Dat ik naar de oogarts moest gaan en een bril zou krijgen.
J, Afghanistan, NBM

Alle leerlingen gaven aan dat het medisch onderzoek goed verlopen was en dat ze tevreden waren.

Samenvatting medisch onderzoek:

- De leerlingen geven aan dat hun leerkrachten over het algemeen op voorhand uitleg geven over het medisch onderzoek van het clb. Het is echter niet voor alle leerlingen duidelijk wat er juist zal gebeuren tijdens dit onderzoek.
- Het medisch onderzoek zelf lijkt goed te zijn verlopen voor de meesten. 7 van de 8 leerlingen wisten nog goed dat ze verwezen waren en waarom.
- De meeste leerlingen geven aan de uitleg van de CLB-arts goed te hebben begrepen. de CLB-arts heeft bij sommigen ook proactief een rol gespeeld in het contact met ouders of de verwijzing.
- Tegemoetkomen in de culturele dimensie tijdens het onderzoek wordt geapprecieerd.

4.2.2. Verwijzing CLB

Effect verwijzing

5 van de 8 geïnterviewde leerlingen die verwezen werden zijn ook effectief ingegaan op de verwijzing en tot bij de betrokken specialist geraakt.

De 3 leerlingen die er niet geraakt zijn gaven elk verschillende redenen op, die hieronder even besproken worden:

1 leerling gaf aan dat een oorprobleem voor hem **geen groot probleem** was, hij er **geen last** van had en hij dus het **nut niet inzag** om dit verder te laten onderzoeken:

De CLB-arts heeft gezegd dat ik een probleem had, en die heeft een verwijsbrief gegeven. Voor ons was dit niet zo een groot probleem, omdat dat de oren zijn. Wij hebben verder geen grote problemen. Nee, ik ben niet voor mijn oorprobleem naar de huisarts geweest, we zijn voor een ander probleem naar de huisarts geweest, en toen heb ik gezegd dat ik ook een oorprobleem heb, en die zei dat het niet zo een groot probleem was.

Ik voel het niet, dus daarom zeg ik dat ik niet ziek ben.

A, Afghanistan

Dit wordt ook aangehaald door een leerling die wel ingegaan is op de verwijzing, maar dit wel als argument aanhaalt waarom sommigen niet gaan:

Het grote probleem is dat zij gezond zijn, dat ze zich goed voelen, en daarom gaan ze niet. ze voelen zich niet ziek. anderzijds, moesten ze zich ziek voelen, dan ben ik 100% zeker dat ze wel zouden gaan, want gezondheid is zeer belangrijk.

K, Afghanistan

Voor 1 leerlinge was de **medische info niet nieuw**, er waren er prominente **familiale factoren** die de reden waren dat ze nog niet bij de specialist geraakt was, en ze was het **vergeten**:

Nee, want ik wist al dat er een probleem was, het was niet de eerste keer dat ik dat hoorde. Ik weet zelf ook dat mijn ogen niet goed zijn.

Nee, ik ben nog niet geweest, want ik had nog geen tijd. Elke dag zeg ik dat ik een afspraak zal maken, maar het is nog niet gelukt. Ik vond het niet belangrijk genoeg denk ik. Ik ben het vergeten. Maar ik ga nu wel gaan!

S, Spanje

1 leerling was niet geweest omdat hij **niet goed had begrepen** waarom hij verwezen was.

Ik herinner me dat ze mij een papier gaven voor mijn vader. Ja ze hebben me verteld dat ik een soort ziekte of concentratieproblemen heb. Ik zou met iemand moeten praten die me kan uitleggen wat mijn

probleem is. Als de dokter mij zegt dat ik een probleem heb, dan kan ik zelf wel de juiste dokter vinden.
T, Ghana

Factoren die verwijzing doen slagen:

Ouders of begeleiding blijken een uitermate belangrijke factor in het al dan niet slagen van een verwijzing.

Mijn papa heeft de afspraak gemaakt.
F, Niger

Mijn papa bracht me naar het ziekenhuis en de apotheek om medicatie te kopen. Mijn vader nam me mee naar goede dokters.
T, Ghana

Eerst wist ik niet hoe ik een afspraak moest maken met mijn papa, hij is hier al 15 jaar, en hij weet alles over België. dat maakt het veel gemakkelijker. Hij heeft de eerste afspraak gemaakt.
Hij is 3-4 keer meegegaan met mij. daarno kon ik alleen gaan.
K, Afghanistan

Mijn papa heeft ook gezegd dat ik moest gaan, omdat het anders erger zou worden.
A, Afghanistan

Ik was in het asielcentrum van Fedasil, en toen heeft mijn begeleiding gezegd dat ik een afspraak had en dat ik naar de oogarts moest gaan. Mijn begeleiding heeft de afspraak gemaakt.
J, Afghanistan, NBM

Nadat ik het nummer gekregen heb van de CLB-arts, heeft mijn leerkracht gebeld naar het ziekenhuis om een afspraak te maken.
H, Somalië

Al is de **motivatie van ouders niet altijd voldoende** om een succesvolle verwijzing te krijgen:

Mijn papa heeft ook gezegd dat ik moest gaan, omdat het anders erger zou worden, maar toen was er een ander probleem op school en dan ben ik uiteindelijk niet naar de specialist geweest. Maar daar voelde ik niets, het is niet zoals temperatuur, hoofdpijn of verkouden, dan denken we anders.
A, Afghanistan

De **niet-begeleide minderjarige** leerling wordt opgevolgd door zijn **begeleiding**, waarover hij zeer tevreden is, en waaruit ook blijkt dat deze **opvolging efficiënt** gebeurt:

Mijn begeleiding heeft de afspraak gemaakt. De oogarts was heel dicht bij het centrum, en het was maar 6 minuten te voet, en ik ben helemaal alleen gegaan.

Ja, ik wil zelf dat allemaal doen, maar mijn begeleiding gaat mij zowieso helpen, omdat ik nog niet zo zelfstandig ben, ze gaan mij helpen om te leren hoe ik een afspraak moet maken en hoe ik ergens naartoe moet gaan. Hij doet alles voor mij. Ja, natuurlijk, je kan niet alleen alles doen, en ze gaan zowieso ons helpen en als je iets nodig hebt of een probleem hebt, dan gaan ze iets zeggen, of bellen naar jou, zowieso ons helpen.
J, Afghanistan, NBM

Hij geeft ook concrete voorbeelden hoe de **begeleiding vanuit fedasil** gebeurt:

Ik heb de brief aan mijn begeleiding gegeven, en ik weet niet goed hoe dat gaat, maar fedasil gaat het geld betalen als mensen naar de dokter moeten gaan.
En dus ik heb dat geld van fedasil gekregen voor mijn bril. Ik moest niet betalen. Wij hebben 4-5 begeleiding, die gaan ons helpen als het nodig is.

In het asielcentrum toen ik ziek was, dan moest je dat aan je assistent melden, en die gaf dan een brief aan ons. Er was daar ook een dokter waar we een afspraak konden maken, en die gaf ons dan medicijnen, in het centrum.
J, Afghanistan, NBM

Hij lijkt ook goed te weten wat te doen bij ziekte in het sociaal huis waar hij nu verblijft:

Als ik ziek ben, dan zal ik bellen naar mijn begeleiding, of ik heb ook het nummer van onze baas(directeur) van het sociaal huis, die woont dichtbij, en dan kan ik het vragen.
J, Afghanistan, NBM

1 leerling gaf aan dat **advies uit zijn omgeving belangrijk** is, dat hij hierover praat met vrienden en familie, Maar dat hij wel zijn **vertrouwen** stelt in de **dokter**. Ook al is hij misschien een beetje bang:

een vriend van mij, uit Engeland zei me: als je in Afrika een oorprobleem of iets anders hebt is het niet zo erg. dat kan verholpen worden met culturele dokters, die dat kunnen genezen. maar hij zei me: vergeet Afrika, je bent nu in Europa, het is hier ook heel koud. en als je hier een ziekte niet geneest, het kan verergeren door de koude. het kan zelfs veranderen in kanker. ik dacht daarover na. Hier stelden ze me gerust dat het geen groot probleem is. als je niet wilt gaan, hoef je niet te gaan, maar het is goed om naar de dokter te gaan. en het was goed dat ik naar de dokter ben gegaan. Ik dacht erover na, ik ging naar de dokter, het ging goed, en toen wist ik dat ik moest doen wat de dokter me zei.
Andere mensen zeiden tegen mij: het zou kanker kunnen zijn, en ik zei: onmogelijk. omdat ik wist dat de CLB-arts me gezegd had dat het geen groot probleem was, maar wel belangrijk om te behandelen.
H, Somalie.

Hetgeen ook mooi naar boven komt uit bovenstaand fragment, is opnieuw de rol van de **culturele dimensie.**

Deze jongen nam ook zelf het initiatief om **iemand mee te nemen** voor zijn afspraak in het ziekenhuis, die wel goed nederlands sprak:

En voor de afspraak heb ik een vriend meegenomen die goed nederlands spreekt
H, Somalie

Enkelen geven zelf ook enkele mogelijkheden aan over wat **belangrijk** zou kunnen zijn om tot een **goede verwijzing** te komen:

Ook iemand van de familie betrekken om uit te leggen waar je naar toe moet gaan. Welke tram of bus je moet nemen.
S, Spanje

Het belangrijkste is dat je (CLB) hen goed begeleidt. Je moet uitleggen dat een dokter belangrijk is: als je geen goede gezondheid hebt, dan kan je niet werken, je zal dan veel crisissen hebben.
K, Afghanistan

Misschien een contact leggen tussen clb en de andere dokter, want misschien zouden de ouders van de leerling niet gaan of zij wil niet gaan.
Via de school is beter, want er zijn leerkrachten aanwezig, als je bijvoorbeeld een woordje niet begrijpt dan zullen ze jou dat duidelijk uitleggen.
A, Syrie

Ik weet het niet. Als je het adres heb om te weten waar ik heen moet gaan, dat zou helpen.
F, Niger

Drempels verwijzing:

Taal wordt ook vaak aangehaald als een belangrijke drempel. Dit komt op verschillende momenten tijdens de interviews terug. Veel leerlingen lijken zich onzeker te voelen omdat ze de Nederlandse taal nog niet voldoende machtig zijn, maar ze durven hiervoor niet altijd uit te komen:

Soms is er ook het probleem van taal. De huisarts is Afghaans, dus dat is geen probleem, maar in het ziekenhuis of bij de specialist zou een probleem zijn, omdat de taal een probleem is.
A, Afghanistan

Ik moet vaak iemand zoeken die de taal goed spreekt om het aan de dokter uit te leggen.
S, Spanje

De taal, want veel ouders van okanleerlingen spreken de taal ook nog niet, misschien kunnen ze enkel hun taal of frans, maar bijvoorbeeld mijn ouders spreken geen engels of geen frans. Dat is heel

moeilijk denk ik.
A, Syrie

nee, daarvoor zei de dokter mij dat ik een afspraak moest maken, maar mijn nederlands was nog niet zo goed toen. Daarop zei de arts dat mijn leerkracht ook voor mij kon bellen.
H, Somalie

een andere factor die naar voor komt als drempel zijn **andere prioriteiten.**

Ik heb gezegd dat het voor mij geen groot probleem is omdat ik het niet voel en dat ik met andere dingen bezig was.
A, Afghanistan

Ook de factor **transport** of **openbaar vervoer** kan een drempel vormen. Voornamelijk in grootstedelijk gebied is het soms een hele zoektocht om een zicht te krijgen op waar welke bus of tram naartoe rijdt, en hoe bij de specialist te geraken.

De dag van de afspraak had ik heel veel hoofdpijn, en ik miste de bus. de specialist zei me om een andere afspraak te nemen. daardoor was ik wel wat teleurgesteld. En toen twijfelde ik wel om nog eens te gaan. ik dacht, wat als ik niet ga, ik ga gewoon naar de apotheek en haal oordruppels. Ik heb toen ook een nieuwe afspraak moeten maken, want ik was te laat door de bus. Ik wist niet hoelang de busrit zou duren. Ik denk dat dat het moeilijkste is, het transport om er te geraken.
H, Somalie

anderzijds had hij wel de ondersteuning van zijn tante:

En ook mijn tante is reeds naar dat ziekenhuis geweest, en wist dus waar het was.
H, Somalië

De Niet-begeleide minderjarige jongen geeft aan dat **verhuis** voor hem wel een bemoeilijkende factor was in het afwerken van zijn verwijzing. Zo is hij zijn bril helemaal terug in Limburg moeten gaan halen, omdat hij tijdens de bestelling naar Antwerpen is moeten verhuizen:

Toen ik de bril heb gekozen, duurde dat 4-6 weken bij Pearl. Dat was in limburg en ondertussen ben ik naar Wommelgem verhuisd. Ik moest daar nog lang wachten op mijn bril.
J, Afghanistan

Het **financiele aspect** wordt slechts enkele keren aangehaald:

Ja, zolang we nog geen geld van het ocmw kregen, was dat een probleem.
A, Afghanistan

Ik heb de brief aan mijn begeleiding gegeven, en ik weet niet goed hoe dat gaat, maar fedasil gaat het geld betalen als mensen naar de dokter moeten gaan. En dus ik heb dat geld van fedasil gekregen voor mijn bril.
J, Afghanistan

Als we navragen wat mogelijke drempels zouden kunnen zijn in het algemeen krijgen we min of meer dezelfde redenen als hierboven reeds vermeld: **angst, taal, transport, andere prioriteiten,... .**

het grote probleem is dat ze gezond zijn, ze voelen zich niet ziek, en daarom gaan ze niet.
K, Afghanistan

En soms wil je niet ver rijden in de tram. Soms is er ook het probleem van taal.
A, Afghanistan

je kan het openbaar vervoer nemen, zoals de tram of de bus. Dan kan soms lang duren, en dan soms kom je te laat.
H, Somalië

Sommige leerlingen of kinderen zijn altijd bang van de dokter.

De taal, want veel ouders van okanleerlingen spreken de taal ook nog niet, misschien kunnen ze enkel hun taal of frans, maar bijvoorbeeld mijn ouders spreken geen engels of geen frans. Dat is heel moeilijk denk ik.
A, Syrië

Consult huisarts/specialist na verwijzing:

De leerlingen die waren ingegaan op de verwijzing waren over het algemeen tevreden over het contact met de huisarts of specialist.

ik wist wel dat er een probleem was, maar de specialist vertelde me dat het goed was dit te verzorgen, om te vermijden dat het probleem groter zou worden. Dus ik heb de raad van de specialist opgevolgd en nu is het beter.
H, Somalie

Ik ben naar de oogarts geweest, zij heeft testen gedaan voor mijn ogen, ik heb een brief gekregen, die ik aan mijn begeleiding heb gegeven. Dan ben ik naar de brillenwinkel geweest, en ik heb een bril gekozen. En zij heeft een email gestuurd naar de begeleiding en mij een brief gegeven.
J, Afghanistan

Dus ik ben naar de specialist geweest en hij gaf me medicatie. En met deze medicatie voel ik me nu goed.
K, Afghanistan

Wij moesten naar het ziekenhuis gaan op een bepaalde datum, en dus zijn wij gegaan en ze hebben het gecontroleerd, proper gemaakt. We hebben gezegd dat het CLB ons gestuurd heeft om te controleren of mijn oor niet goed is. Ze hebben dat gecontroleerd, en ze hebben dan de operatie gedaan.
F, Niger

Hoewel bij 1 jongen ook blijkt hoe belangrijk enig contact tussen CLB en huisarts zou kunnen zijn, want hieruit blijkt ook waarom hij vermoedelijk niet bij de NKO-arts geraakt is:

Nee, ik ben niet voor mijn oorprobleem naar de huisarts geweest, we zijn voor een ander probleem naar de huisarts geweest, en toen heb ik gezegd dat ik ook een oorprobleem heb, en die zei dat het niet zo een groot probleem was.
A, Afghanistan

Verwijzing buitengewoon onderwijs

1 interview werd afgenomen met de vader van een meisje met een mentale beperking. De taak van het CLB is in dat geval een school te vinden die aangepast is aan de noden van de specifieke leerling.
Dit interview valt dus een beetje buiten het verloop van de andere interviews, en zal kort hieronder worden besproken.

Papa gaf aan dat hij **geen idee** had **waar hij terecht** kon voor het vinden van een school. In eerste instantie was dit ook niet nodig, omdat hij de eerste jaren hier alleen was:

Nee, ik had geen idee. wanneer ik ben toegekomen in 2010, ben ik 4 maanden naar school geweest. daarna ben ik beginnen werken, werken, werken. ik heb 50 maanden gewerkt, en toen kreeg ik de goedkeuring om in België te blijven. daarna kwamen de kinderen en mijn vrouw over en ben ik beginnen zoeken voor een school.

Atlas, (Integratie&Inburgering Antwerpen) is op dat moment voor hem een grote steun geweest. zij hebben hem in contact gebracht met de juiste instanties zoals het CLB.

Toen mijn kinderen hier zijn aangekomen, ben ik eerst naar Atlas gegaan. maar ik wist toen al dat de scholen die zij aanbieden niet voor mijn dochter zouden zijn. Ik wist dat er geen andere manier was dan eerst via Atlas te gaan. ze is wel naar de zomerschool gegaan. en daar zeiden ze: 'je dochter wil alleen met kleine kinderen spelen, en u had al gezegd dat zij een medisch probleem heeft, dus we stellen voor dat we het CLB contacteren. zij kunnen helpen een juiste school zoeken voor kinderen met een beperking.' en ik zei dat dat goed was, omdat mijn nederlands niet goed is. Dan heeft het CLB mijn dochter leren kennen en zochten ze een school. dan hebben we de school bezocht.

Voor de brede intake wordt vaak een **huisbezoek** ingepland. hierover was papa zeer positief en kon hij ook mooi verwoorden waarom:

Er zijn 2 belangrijke redenen waarom ik de CLB-arts wil uitnodigen bij mij thuis: Zodat hij kan zien in welke omgeving wij wonen en wat mijn kinderen zoal doen thuis. als ik alleen met het CLB spreek ergens anders, dan zal de arts niet weten in welke soort huis wij en de kinderen wonen. maar als de dokter naar huis komt dan kan hij kijken hoe wij leven. en ten tweede heb ik ook geen auto. Als ik

ergens naar toe moet, of als ik mijn vrouw en dochter weg moet brengen, dan lukt dat niet goed. ik moet ook heel vaak werken, en daarom probeer ik mijn tijd te verdelen. als mijn familie thuis is en ik ook, dan kunnen we meer praten met de arts.

De handicap van zijn dochter, lijkt voor papa een reden niet ten rade te gaan bij zijn eigen gemeenschap. Hij is heel bang dat er achter zijn rug zou gepraat worden, en dat maakt hem heel boos;

De Nepalese gemeenschap helpt mijn kinderen niet. sommige mensen hebben andere gewoontes. Als ik over mijn dochter vertel, dan zullen sommige mensen voor mij niks zeggen, maar achter mijn rug praten: "zij hebben een gehandicapte dochter en blablabla…". als ik dat zou horen, dan zou ik mezelf niet kunnen controleren. daarom vertel ik het aan niemand, enkel als iemand dichtbij ons staat en als ik ze goed ken, dan vertel ik het.

papa stelt **realistische prioriteiten** voor zijn dochter:

Mijn eerste prioriteit voor mijn dochter is dat ze alles zelf kan doen. ik zou willen dat ze zichzelf kan wassen, koken, aankleden,... . dat zou al heel goed zijn voor mij.

Ook **taal** is voor hem heel belangrijk:

Ik zou willen dat mijn dochter minstens een beetje Nederlands leert, zodat ze zelf dingen kan kopen, haar medicatie zelf nemen, naar de apotheek gaan, dat zou heel goed zijn.

Samenvatting Verwijzing CLB

- Bij 5 van de 8 leerlingen die geïnterviewd werden was de verwijzing succesvol.
- redenen dat een verwijzing niet was gelukt waren:
    - zich gezond voelen
    - andere prioriteiten
    - familiale factoren
    - vergeten in te gaan op verwijzing
    - uitleg onvoldoende begrepen
- Belangrijkste factor voor een geslaagde verwijzing zijn **ouders of begeleiding** als **ondersteuning**
- Mogelijke drempels zijn **Taal, transport of andere prioriteiten.**
- De leerlingen die waren ingegaan op de verwijzing waren over het algemeen tevreden over het contact met de huisarts of specialist**.**
- Een **huisbezoek** kan in bepaalde omstandigheden zeer nuttig zijn en als positief ervaren worden.

4.2.3. Concept ziekte en Culturele dimensie

concept ziekte

Er werd kort bevraagd wat het woord ‘ziekte’ oproept bij de leerlingen. er werd unaniem gereageerd dat **ziekte slechts is en niet goed** en dat je er alles aan moet doen om gezond te blijven**:**

Als je je slecht of ziek voelt, dan moet je naar de dokter, want de dokter is belangrijk voor je leven, voor je toekomst. dus ik voel me heel bang en angstig als ik dat woord hoor, ik wil je ook zeggen dat ik dit woord haat.
K, Afghanistan

Ziek zijn is niet goed, het maakt me bang. Ik zou me niet goed voelen.
S, Spanje

Als iemand heeft een probleem, ik wil niet ziek worden, en ik wil gezond zijn, ik doe sport, ik drink geen ongezonde dranken, enkel water en goed eten. Ziek is heel slecht, alle mensen weten dat. Als je een klein beetje ziek bent dan moet jij zowieso naar de dokter gaan.
J, Afghanistan

Opvallend is dat de 2 Afrikaanse jongeren onmiddellijk een link leggen met ‘ziekte’ en AIDS of ebola.

voor mij, als ik “ziekte” hoor, vermoedelijk, hetgeen dat in mij opkomt, is iemand die ziek is. Soms hoor ik ook mensen praten over “die persoon”, ik heb nog nooit iemand gezien die aids heeft bijvoorbeeld, maar het ergste dat in mijn hoofd opkomt is dat het een erge ziekte is. Voor mij, ik heb deze ziektes niet, dus het is niet gelinkt met mij, maar soms weet je niet wat je hebt, en dan denk ik wel aan aids of zoiets. Als ik weet wat mijn probleem is, dan is het goed, ik weet het niet… .
H, Somalie

ziekte is iets heel slecht. zoals AIDS of Ebola enzo. wij hebben vele ziektes zoals ebola.
T, Ghana

Ziek worden in thuisland

De gezondheidszorg in het thuisland is bij de meesten anders georganiseerd, moeilijker bereikbaar, of gewoon afwezig.

Ook kan men hier bij enkelen duidelijk de **culturele dimensie** waarnemen:

In mijn land ga je gewoon rechtstreeks naar de apotheek, sommige apothekers geven je dan ook niet steeds de juiste medicatie, waardoor je wel problemen kan krijgen. En in mijn land als mensen het woord “arts” horen , willen ze absoluut naar een specialist gaan in het ziekenhuis.
H, Somalie

Als je verkouden bent of temperatuur hebt, dan blijf je thuis. De mensen hebben geen geld en de

dokter is ook heel ver, soms 4-6uur om naar de dokter te gaan. Dan geeft de dokter medicatie, die kan je daar ook kopen.
A, Afghanistan

In afghanistan in ons dorp is er geen electriciteit, ons dorp is een klein dorp, maar de stad is heel groot. Waar wij wonen hebben wij geen dokter, maar wij hebben zelf groenten en kruiden, waar we medicijnen mee maken. Als we verkouden zijn dan eten we die, of als we bijvoorbeeld problemen hebben met het hart ofzo, dan gaan we naar het grote ziekenhuis van onze stad.
J, Afghanistan

In Afghanistan kunnen mensen, en vooral vrouwen en meisjes, niet zomaar buiten komen. door de cultuur en vanuit de islam is het verboden voor vrouwen om naar buiten te gaan. als een vrouw ziek is, krijgt ze toestemming om naar de dokter te gaan, als ze volledig bedekt is. Ze mag niet praten met de dokter. dus de mannen, haar echtgenoot of broer zal met de dokter praten, en er zal een vrouw komen om bijvoorbeeld te voelen aan haar buik. ze zijn heel strict in deze zaken.
ik kan bijvoorbeeld ook niet praten met een meisje dat ik niet ken. en als ik haar ken mag ik haar geen hand geven. anders zullen ze je slaan, hun wil (cfr. Taliban) is niet goed voor ons.
K, Afghanistan

Samenvatting concept ziekte en culturele dimensie:

- ‘ziekte’ roept bij iedereen weerstand op, het is iets slechts en je moet er alles aan doen om gezond te blijven.
- bij navraag rond ziekte in thuisland komt er duidelijk een culturele dimensie naar voor.

5. Discussie

Het doel van deze studie was na te gaan hoe OKAN leerlingen de doorverwijzing en ondersteuning vanuit het CLB ervaren, en iets ruimer genomen, in welke mate zij zicht hebben op de werking van de gezondheidszorg in België.

Aangezien deze onderzoeksvraag vrij specifiek is, en er in de literatuur niet heel veel terug te vinden is hierover, is het niet evident om deze onderzoeksvraag te toetsen aan de literatuur.

We zijn ons zeer bewust dat dit slechts een zeer kleine studie is, waarbij er onmogelijk harde conclusies kunnen getrokken worden. Toch hopen we toch enkele handvaten te kunnen aanreiken die het werken met OKANleerlingen boeiender en vlotter kan laten verlopen.

Ouders

Wat heel duidelijk naar voor komt, zowel in de focusgroepen als tijdens de interviews, en wat voor een stuk - meer algemeen- in de literatuur ook duidelijk wordt gesteld, is het belang van de aanwezigheid van ouders als beschermende factor(24).

De leerlingen geven aan volledig terug te vallen op de ouders als het gaat over een eventuele doorverwijzing.
Waar er in de praktijk vaak van uitgegaan wordt dat OKAN leerlingen een belangrijke rol opnemen binnen het gezin, op het vlak van vertaling, administratie,..., omdat zij meestal sneller Nederlands leren dan hun ouders, wordt dit in deze studie duidelijk tegengesproken.

Dit is een zeer interessant gegeven, omdat er op dit moment tijdens de medische onderzoeken in het algemeen weinig aandacht en tijd wordt gestoken in de ouders, maar wel veel ingezet wordt op de leerlingen zelf, om de verwijzing te doen slagen.

Uit de interviews blijkt ook dat vaak 1 ouder al langer in het land is, en dus vermoedelijk ook al meer kennis heeft over de werking van de gezondheidszorg.

In de studie van Keersmaekers(2) werd een interventie opgezet bij het falen van de verwijzing. daarbij werd ook contact gezocht bij de ouders of familie, en dit bleek gematigd succesvol. Dit zou mogelijks kunnen verklaard worden door het te laat inschakelen van de ouders? Verder onderzoek hiervoor is nodig.
Ook het achterhalen van het verblijfstatuut werd in dit onderzoek aangehaald als heel belangrijk. Uit onze studie komt duidelijk naar voor dat de kennis van ons sociale zekerheid systeem slechts in zeer beperkte mate gekend is, en waarbij de ouders dus ook een essentiële rol lijken te spelen.

Er werd 1 niet-begeleide minderjarige ondervraagt. Deze groep vormt volgens de literatuur een groot risico om uit de boot te vallen en meer gezondheidsproblemen of psychosociale problemen te vertonen.
Deze leerling gaf echter aan dat hij heel goed ondersteund werd door zijn begeleiding, en kon ook een ideaal traject van verwijzing voorleggen.
Dit wordt ook in de literatuur aangehaald als beschermende factor: hoe meer aanklampend en veiliger de begeleiding, hoe meer kans dat een jongere zijn weg vindt in het 'vreemde' land.
Opmerking hierbij is dat er slechts 1 niet-begeleide minderjarige werd geïnterviewd. Dit is natuurlijk onvoldoende om echte concrete uitspraken te doen.

Cultuursensitieve zorg

Er werd tijdens de interviews wel gevraagd naar de verschillen tussen het thuisland en België, maar er werden geen diepgaande vragen gesteld rond cultuursensitieve zorg, omdat dit op zich niet de opzet was en dit onderwerp een zeer ruim begrip was.
Enerzijds zou dit misschien wel interessant geweest zijn, anderzijds zou dit onderwerp ons misschien ook te ver geleid hebben van onze oorspronkelijke onderzoeksvraag.

Interessant in de resultaten is wel dat men kan merken dat de culturele dimensie op alle vlakken subtiel wel aan de oppervlakte komt, maar als je expliciet vraagt naar verschillen, dit eerder wordt weggewuifd.

Taal

Ook dit topic is een bevestiging wat reeds uitgebreid in de literatuur wordt beschreven.
Taal blijft voor velen een moeilijk aspect. bij de leerlingen kwam vooral naar voor dat men zich onzeker voelt en niet durft aan te halen dat men misschien niet alles begrepen heeft.
Deze vaststelling bevestigt de nood aan het gebruik maken van kanalen om hierin ondersteuning te krijgen.

Prioriteiten

Uit het onderzoek van Keersmaekers(2) werd de hypothese aangehaald dat bepaalde medische problemen niet tot de prioriteiten van anderstalige nieuwkomers zouden behoren.
Deze stelling kan bevestigd noch ontkracht worden in deze studie.
De meeste leerlingen geven zelf aan meteen naar de dokter te gaan als men ziek is, zelfs de tandarts wordt enkele keren aangehaald.
Wat wel naar voor komt is dat bij navraag naar prioriteiten in het algemeen "gezondheid" niet onmiddellijk aangehaald wordt, wat op zich niet raar is voor een gezonde jongere, lijkt ons.

Kennis gezondheidszorg België

Zowel uit de focusgroepen als uit de interviews blijkt dat leerlingen weinig kennis hebben over de gezondheidszorg in België. de vraag kan gesteld worden of autochtone leerlingen deze kennis wel hebben?

Anderzijds lijkt het toch nuttig dat anderstalige nieuwkomers, hoe jong ze ook zijn, een minimum aan concrete info krijgen rond het sociale zekerheidssysteem en de gezondheidszorg in belgië.

In veel scholen wordt dit deels opgenomen in het curriculum, maar eventueel kan het CLB hierin ook schoolondersteunend werken.

6. CONCLUSIE

De belangrijkste conclusie die naar voor komt uit zowel de focusgroepen als de interviews is het **belang van de ouders.**

Voor hen zijn en blijven ouders een belangrijke houvast in de nieuwe samenleving waar ze zijn terechtgekomen.
Waar er vaak gedacht wordt dat OKAN-leerlingen veel zelfstandiger zijn en meer taken opnemen in contact met de buitenwereld, blijkt uit dit onderzoek dat deze vermeende zelfstandigheid moet genuanceerd worden.

Het blijkt dat OKANleerlingen ouders als belangrijkste factor zien in het slagen van een doorverwijzing naar de eerstelijnsgezondheidszorg of een specialist.

Als verdere conclusie kan gesteld worden dat de geïnterviewde leerlingen globaal heel tevreden waren over het contact met het CLB en over de verwijzing.

De belangrijkste aanbeveling lijkt ons het eventueel herzien van het medisch onderzoek voor OKANleerlingen, en het actief betrekken van de ouders hierin. Verder onderzoek zou dit verder kunnen uitdiepen.

7. AANBEVELINGEN

Hieronder worden enkele aanbevelingen en concrete voorstellen aangereikt aan hulpverleners, die ons nuttig lijken in het werken met OKANleerlingen, en die in verder onderzoek zouden kunnen getoetst worden aan de praktijk:

Ouders

Ouders worden best al van in het begin intens betrokken in het contact met het CLB. Het lijkt niet voldoende om enkel te steunen op de leerling om deze connectie te maken.
Eventuele concrete voorstellen zouden kunnen zijn:

- Ouderconsult, samen met de leerling, naar analogie met het kleuterconsult, waarbij de nadruk gelegd wordt op de kennismaking met het CLB en een eventuele verwijzing kan aangehaald worden.
- aanwezigheid CLB tijdens de oudercontacten.
- (Para)medische permanentiemomenten op school, waar ouders met hun vragen terechtkunnen, en waar dieper ingegaan kan worden op taak van het CLB.
- Feedbackmomenten voor ouders na het medisch onderzoek

Niet-begeleide minderjarigen

- Parallel met de aanbevelingen in verband met ouders, geldt dit ook voor de groep van niet-begeleide minderjarigen, waarbij de begeleiding en/of voogd een belangrijke rol kan spelen.
- Extra zorg lijkt ons nodig om de hulpverlening rond deze jongeren uniform, transparant en rechtlijnig te houden.
- Extra zorg kan aangewend worden om regelmatige contacten te onderhouden met de begeleiding, voogd en school opdat deze jongeren in voldoende mate ondersteund en geholpen kunnen worden.

Cultuursensitieve zorg

Aanbeveling op basis van de interviews is dat men zich op elk moment bewust moet zijn van het eigen referentiekader. Daarnaast dient men zich bewust te zijn van culturele dimensie bij de leerling, en het belang van hierin tegemoet te komen, wil men een vertrouwensband opbouwen met een leerling. Dit kan eenvoudig lijken, maar gezien de "subtiliteit" van het gegeven is dit een aandachtspunt. Verder onderzoek hierrond is nodig om dit te verfijnen.

Taal:

Het blijft belangrijk om zich bewust te zijn dat jongeren misschien niet alles begrijpen, ook al lijken ze in eerste opzicht wel nederlands te spreken.
Als arts kan men hierin tegemoet komen door verschillende kanalen te gebruiken (andere taal spreken met leerling,tolken, google translate,...)

Kennis gezondheidszorg België

Een kerntaak van de CLB's is schoolondersteuning.
Er zou kunnen nagedacht worden over het nut van scholen te ondersteunen in het luik kennis gezondheidszorg in België, waarbij eventueel eerder gewerkt wordt met een klasgesprek in plaats van of in combinatie met individuele onderzoeken. Er kan dan ook rechtstreeks aangevoeld worden met welke (para)medische vragen leerlingen zitten en wat de leerlingen nodig hebben om tot een beter inzicht te komen.
Kanttekening hierbij is de belangrijkste conclusie van dit onderzoek: de ouders mogen hier niet vergeten worden!

7. Referenties

1. Hoppenbrouwers K, Van Hoecke K. Onderzoek naar de wetenschappelijke state of the art van de preventieve gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen en jongeren van '3-18' jaar. VWVJ; 2010.
2. Keersmaekers K, Depoorter A.M. Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor anderstalige nieuwkomers: een onderzoek naar compliance bij doorverwijzing in de preventieve jeugdgezondheidszorg en impact van trajectbegeleiding hierop[proefschrift]; 2005.
3. Onderwijs vlaanderen - onthaalonderwijs: http://data-onderwijs.vlaanderen.be/edulex/document.aspx?docid=13800#2
4. De Clerck H, Piqueray E, De Bruyne L, Philips I, Truyts I. Actie-onderzoek 16- tot 18-jarige nieuwkomers uit derdelanden. Geïntegreerd eindrapport; 2014.
5. Onderwijs Vlaanderen – Onthaalonderwijs in het basisonderwijs: http://onderwijs.vlaanderen.be/nl/onthaalonderwijs-voor-anderstalige-nieuwkomers-organiseren-in-het-basisonderwijs
6. Cijfermateriaal onthaalonderwijs anderstalige nieuwkomers: http://www.agodi.be/cijfermateriaal-onthaalonderwijs-anderstalige-nieuwkomers
7. Decreet betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding: http://data-onderwijs.vlaanderen.be/edulex/document.aspx?docid=12274
8. Verplicht karakter medische begeleiding door het CLB: http://ond.vlaanderen.be/clb/CLB-medewerker/Verplicht_consulten.htm
9. Bijzondere doelgroepen CLB: https://sites.google.com/site/clbbrasschaat/informatie/clb-werking/bijzondere-doelgroepen
10. UNHCR global trends report 2015: https://s3.amazonaws.com/unhcrsharedmedia/2016/2016-06-20-global-trends/2016-06-14-Global-Trends-2015.pdf
11. Myriatics, nieuwsbrief van Myria, www.myria.be: federaal migratiecentrum
12. Rapport UNHCR: https://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=7325
13. Wat is een niet begeleide minderjarige: http://www.vluchtelingenwerk.be/sites/default/files/watiseennietbegeleideminderjarige-2015.pdf
14. Jaarverslag vluchtelingenwerk 2015: http://www.vluchtelingenwerk.be/sites/default/files/vluchtelingenwerkvlaanderen-jaarverslag2015-light_0.pdf
15. http://www.demorgen.be/buitenland/2016-nu-al-dodelijkste-jaar-voor-migranten-op-middellandse-zee-b3bbba4f/
16. Rapport Artsen Zonder Grenzen: http://msf-azg.be/nl/europees-beleid-vergroot-vluchtelingencrisis-verder-toont-nieuw-azg-rapport-aan
17. van Berlaer G, Bohle Carbonell F, Manantsoa S, et al;A refugee camp in the centre of Europe:

clinical characteristics of asylum seekers arriving in Brussels;BMJ Open 2016;6:e013963. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013963

18. Verschillende nationaliteiten in onthaalklas: http://www.agodi.be/sites/default/files/atoms/files/Rapport_AGODI_Onthaalonderwijs_OKAN_2012-2014.pdf
19. www.Npdata.be
20. Gerritsen A.A.M., Devillé W, van der Linden F.A.H., Bramsen I, van Willigen L.H.M., Hovens J.E.J.M., van der Ploeg H.M. Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen; Ned Tijdschr Geneeskd;2006;150:1983-9.
21. Dourleijn E; Dagevos J. Vluchtelingengroepen in Nederland: Over de integratie van Afghaanse, Iraakse, Iraanse en Somalische migranten. Den Haag. Sociaal en cultureel planbureau. 2011.
22. Sleijpen, M., Boeije, H.R., Kleber, R.J., Mooren, T. Between power and powerlessness: a meta-ethnography of sources of resilience in young refugees. Ethnicity and Health: 2016, 21(2), 158-180
23. Bronstein I, Montgomery P. Psychological distress in refugee children: a systematic review. Clin Child Fam Psychol Rev. 2011;14:44-56.
24. Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. J Nerv Ment Dis. 2007;195:288-97.
25. Goosen S. A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands[proefschrift]; Utrecht; 2014.
26. Riemersma J.R. Alleenstaande niet begeleide minderjarige in pedagogisch perspectief[proefschrift];Universiteit Utrecht; 2017.
27. Jaarverslag 2014 vzw Cultuursensitieve zorg: https://cultuursensitievezorg.files.wordpress.com/2012/12/jaarverslag-csz-2014.pdf
28. Firouzi M. hoe beleven ouders met migratie-achtergrond een emotioneel of gedragsprobleem van hun kind en een doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening.[proefschrift];2016.
29. verblijfsrecht, uitwijzing en reizen: http://www.kruispuntmi.be/thema/vreemdelingenrecht-internationaal-privaatrecht/verblijfsrecht-uitwijzing-reizen
30. Overzicht verblijfsstatuten: http://www.rechtopmigratie.be/content/overzicht-verblijfsstatuten
31. Conventie van Genève: http://fedasil.be/nl/inhoud/asiel-belgie
32. Gezondheidszorg per betalingsregeling: http://medimmigrant.be/index.asp?idbericht=3&idmenu=3&lang=nl
33. Plochg T, Van Zwieten M.C.B. Kwalitatief onderzoek. In Plochg T, Juttmann R.E., Klazinga N.S., Mackenbach J.P. Handboek gezondheidszorgonderzoek. Zeist: Bohn Stafleu Van Loghum; 2007; p.77-93
34. Gadourek I. sociologische onderzoekstechnieken. Inleiding tot de werkwijze bij het gedrags-

en sociaalwetenschappelijk onderzoek. In: Gadourek I. Arnhem; Van Loghum Slaterus; 1967; p. 167-180.

BIJLAGE 1: informatiebrief Interview(gelijkaardig aan informatiebrief focusgroep)

Informatiebrief deelname interview

"Hoe ervaren anderstalige nieuwkomers de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van het CLB, en wat zijn volgens anderstalige nieuwkomers belangrijke factoren die hierin een rol spelen?"

Beste ,
Hierbij willen wij je uitnodigen om deel te nemen aan een onderzoek rond ervaringen van OKANleerlingen en de doorstroming naar de eerstelijnsgezondheidszorg.
Met OKAN bedoelen we "Onthaal Klas Anderstalige Nieuwkomers. Dit zijn klassen ingericht voor jongeren(12-18jaar) van Niet-Belgische nationaliteit die nieuw binnenkomen in ons land en het Nederlands onvoldoende beheersen. Via onthaalonderwijs probeert men deze leerlingen zo snel mogelijk Nederlands aan te leren. (1)
Met CLB bedoelen we het "Centrum voor Leerlingenbegeleiding".
Een centrum voor leerlingenbegeleiding of CLB is een dienst waarop leerlingen, ouders, leerkrachten en schooldirecties een beroep kunnen doen voor informatie, hulp en begeleiding.
Verschillende hulpverleners werken samen om te zorgen dat leerlingen zich goed blijven voelen tijdens hun schoolloopbaan, zodat hij zijn kennis en vaardigheden in de beste omstandigheden kan ontwikkelen.

Doel van de studie:
Met dit onderzoek willen we nagaan wat de ervaringen zijn van OKANleerlingen op het vlak van de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg, en welke rol het CLB hierin kan opnemen.

Beschrijving van de studie:
Aan de hand van een interview willen we graag dieper ingaan op de ervaringen van OKAN-leerlingen. Deelname aan het onderzoek houdt 1 gesprek in van ongeveer 1h. Dit gesprek wordt opgenomen op cassette door de onderzoeker, en wordt daarna uitgetypt en gecodeerd ingevoerd in de computer voor analyse. De interviews worden afgenomen op school.

Wat wordt verwacht van de deelnemer?
Voor het slagen van dit groepsgesprek is het heel belangrijk dat je volledig meewerkt met de onderzoeker en dat je zijn/haar instructies nauwgezet opvolgt.

Deelname en beëindiging:
De deelname gebeurt volledig op vrijwillige basis.

Je kan weigeren om deel te nemen aan de studie, en je kan je op elk moment terugtrekken uit de studie zonder dat je hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige manier invloed zal hebben op jouw toekomstige relatie met de onderzoeker of school.
Je deelname aan deze studie zal worden beëindigd als de onderzoeker meent dat dit in jouw belang is. Je kan ook zelf voortijdig uit de studie worden teruggetrokken als je de in de informatiebrief beschreven procedures niet goed opvolgt of je de beschreven onderwerpen niet respecteert.
Als je deelneemt, wordt aan jou of je wettelijke vertegenwoordiger gevraagd het toestemmingsformulier te ondertekenen.

Procedure:

Voor het gesprek zullen de regels voor het gesprek goed uitgelegd worden.

Risico's en voordelen

Aan de deelname van deze studie zijn geen voorspelbare risico's of ongemakken verbonden.
Het voordeel dat te verwachten valt is de mogelijkheid om ervaringen, ideeën, bezorgdheden en suggesties te bespreken.
Je hebt het recht op elk ogenblik vragen te stellen over de mogelijke en/of gekende risico's en nadelen van deze studie. Als er in het verloop van de studie gegevens aan het licht komen die een invloed zouden kunnen hebben op je bereidheid om te blijven deelnemen aan de studie, zal je daarvan op de hoogte gebracht worden.
Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke commissie voor medische ethiek, verbonden aan de Universiteit van Antwerpen, en wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dien je de goedkeuring van de Commissie voor medische ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

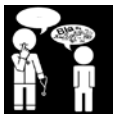
Kosten:

Je deelname brengt geen extra kosten met zich mee.

Vergoeding:

Bij deze studie is geen vergoeding voor deelname voorzien.

Vertrouwelijkheid:


In overeenstemming met de Belgische wet van 8 December 1992 en de Belgische wet van 22 Augustus 2002, zal je persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal je toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op jouw verzoek verbeterd worden.
Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de commissie voor medische ethiek en de bevoegde overheden hebben rechtstreeks toegang tot jouw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wet zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stem je in met deze toegang.
Als je akkoord gaat om deel te nemen aan deze studie, zullen je persoonlijke gegevens tijdens deze studie verzameld en geanonimiseerd worden.
Verslagen waarin je wordt geïdentificeerd, zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie gepubliceerd worden, zal je identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

Contactpersoon: Als je aanvullende informatie wenst over de studie of over je rechten/plichten, kan je steeds contact opnemen met:
Dr. Joke Hertogen
CLB GO! Antwerpen
Berchemstadionstraat 1,
2600 Berchem
0485/32.36.84

(1). http://www.vlaanderen.be/nl/onderwijs-en-wetenschap/onderwijsaanbod/onthaalonderwijs-voor-anderstalige-kinderen-okan

BIJLAGE 2

toestemmingsbrief deelname focusgroep/interview

“Hoe ervaren anderstalige nieuwkomers de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van het CLB hierin, en wat zijn volgens anderstalige nieuwkomers belangrijke factoren die hierin een rol spelen?”

INFORMED CONSENT

Ik, ondergetekende, …….. verklaar hierbij dat ik, als deelnemer aan een kwalitatief onderzoek, aan de Vakgroep epidemiologie en sociale geneeskunde van de Universiteit Antwerpen,

(1) de uitleg over de aard van de vragen, taken en opdrachten die tijdens dit onderzoek zullen worden aangeboden heb gekregen en dat mij de mogelijkheid werd geboden om bijkomende informatie te verkrijgen

(2) totaal vrijwillig deelneem aan het wetenschappelijk onderzoek

(3) de toestemming geef aan de proefleider om mijn resultaten op gecodeerde wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren

(4) Ik begrijp dat film-, foto, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

(5) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten en dit zonder opgave van reden

(6) weet dat niet deelnemen of mijn deelname aan het onderzoek stopzetten op geen enkele manier invloed heeft op mijn evaluatie en/of studiebegeleiding

(7) ervan op de hoogte ben dat ik op aanvraag een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen Gelezen en goedgekeurd op …….. (datum),

Handtekening

De proefpersoon

BIJLAGE 3: Script Focusgroepen-kwalitatief onderzoek

Wie?

⇒ doelgericht staal van typische casussen= 6-8 OKAN-leerlingen, die een schooljaar afgerond hebben in OKAN, en die volgens de betrokken leerkrachten als sterk ervaren worden in de kennis van het nederlands. *(Bij voorkeur is dit in klasverband. Anders een samenstelling, opgezet door een betrokken leerkracht.)*

⇒ specifiering:

- OKAN-leerling, 15 jaar of ouder
- Goede beheersing van het nederlands (beoordeling door leerkracht)
- Diverse populatie (vluchteling, gezinshereniging, EU-onderdaan,niet-begeleide minderjarige …)
- Afkomstig van verschillende landen.

Hoe?

- Zowel Joke als Sarah nemen contact met een OKAN-school om te kijken, in welke mate deze focusgroep kan gerealiseerd worden in de betrokken school. Van daaruit zal een keuze gemaakt worden.
- Leerkrachten maken selectie van mogelijke leerlingen (liefst een tiental).
- Check op school wanneer nog een oudercontact wordt georganiseerd
- Tijdens het oudercontact kan het **informed consent** door de ouders getekend worden.
- Focusgroep gaat door op school, tijdens de schooluren, indien mogelijk.
- Focusgroep zou kunnen doorgaan op woensdag 15 juni om 10u10 in de Provinciale Middenschool Gent en op … in Antwerpen

Focusgroep:

Antwerpen:

moderator: Joke Hertogen

Observator: Sarah De Baere

(Nb. Gent: omgekeerd)

Introductie:

Praktisch:

1. blad laten rondgaan voor namen/gsmnummers/emails.
2. naambordjes
3. opname-apparatuur gecheckt - klaar, microfoon in het midden op tafel

4. vragen om GSM's af te zetten, eigen gsm ook afzetten(als iedereen is aangekomen)
5. Duur focusgroep = 1 lesuur (50 min)

Focusgroep:

1. geef aan dat je opname-apparatuur opzet, en doe dat ook.
2. deelnemers verwelkomen en bedanken voor aanwezigheid.
3. voorstellen Moderator en observator
4. aangeven belang deelname
5. korte voorstelling(naam, leeftijd, land van herkomst) van elkeen in de groep
6. kaderen dat er geen goede/foute antwoorden zijn - iedereen kan zijn eigen idee/mening naar voor brengen = doel van de focusgroep
7. achtergrond schetsen: gezondheidszorg in België is verschillend dan die van andere landen, statuten zijn ook verschillend,... als CLB-arts merken we dat het vaak moeilijk is om het statuut van de leerling te achterhalen, om te weten of ze een huisarts hebben of niet, moeilijke doorverwijzing(nog verder uitwerken!), nu willen we achterhalen hoe OKAN-leerlingen dit zelf ervaren dit ervaren
8. aangeven dat men iedereen laat uitspreken/ niet door elkaar praten.
9. nog vragen?

<u>Leidraad Focusgroep:</u>

<u>TOPIC 1:</u> organisatie gezondheidszorg in België

1. Wat moet je doen als je ziek bent in België? Heb je hier zelf al ervaring mee? Hoe is dat toen verlopen? Was het makkelijk om te weten waar je terecht kon en een afspraak te maken? Wat liep moeilijk of was onduidelijk? Was alles duidelijk?
2. Weten jullie wat een Belgische huisarts doet en met welke klachten je bij hem/haar terecht kan?
3. Betalen of niet?
4. Praten ouders hierover met deelnemers?
5. Wat maakt dat je wel/niet naar de dokter gaat?

<u>TOPIC 2 :</u> Land van herkomst: hoe is gezondheidszorg georganiseerd?

1. Hoe is de gezondheidszorg georganiseerd in jouw thuisland? Wat doe je als je ziek bent? kan je naar de dokter of een ziekenhuis? Hoe ver moet je reizen: bus/te voet,...?stad of dorp? Ga je alleen?
2. Betalend of niet?
3. Eventueel voorbeelden bij deelnemers?

TOPIC 3: doorverwijzing vanuit CLB:

1. Hoe ervaren deelnemers doorverwijzing vanuit CLB? Stel, je komt bij mij, ik stuur je door naar oogarts: wat ga je daarmee doen? Begrijpen jullie de brief? Begrijpen ouders de brief?
2. wat zijn de mogelijke redenen/drempels voor een moeilijke doorverwijzing?
    a. Hoe komt dat men niet bij de dokter geraakt?
    b. Hoe komt dat men wél bij de dokter geraakt?
3. Wat kan helpen om doorverwijzing te doen lukken? Wat heeft men nodig?

post-TOPIC?: wat zijn de prioriteiten voor de deelnemers bij aankomst in België? Wat vinden jullie belangrijk? (nog voor vraag gelinkt aan gezondheidszorg?)
Iets concreter: je stapt in je land bus/vliegtuig op in je eigen land richting België, wat gaat er dan om in je hoofd, wat is belangrijk om je leven in België te starten?

BIJLAGE 4: Semi-gestructureerd interview - Leidraad

Interviewer: Joke Hertogen

Wie?

⇒ specifiering:

- OKAN-leerling, 15 jaar of ouder, verwezen tijdens medisch onderzoek CLB
- Diverse populatie (vluchteling, gezinshereniging, EU-onderdaan,niet-begeleide minderjarige …)
- Afkomstig van verschillende landen.

Hoe?

- Joke neemt contact op met de leerling of zijn ouders(of via school) voor een afspraak, liefst huisbezoek
- Er wordt bekeken of er een tolk noodzakelijk is

Interview

Introductie:

Praktisch:

1. Duidelijk doel interview uitleggen
2. Informed consent laten tekenen door elke persoon die deelneemt aan het interview
3. Duur interview: 30minuten

Focusgroep:

1. geef aan dat je opname-apparatuur opzet, en doe dat ook.
2. aangeven belang deelname
3. Bedanken voor deelname
4. korte voorstelling(naam, leeftijd, land van herkomst)
5. kaderen dat er geen goede/foute antwoorden zijn
6. achtergrond schetsen: gezondheidszorg in België is verschillend dan die van andere landen, statuten zijn ook verschillend,... als CLB-arts merken we dat het vaak moeilijk is om het statuut van de leerling te achterhalen, om te weten of ze een huisarts hebben of niet, moeilijke doorverwijzing(nog verder uitwerken!), nu willen we achterhalen hoe OKAN-leerlingen dit zelf ervaren dit ervaren
7. nog vragen?

Leidraad interview:

TOPIC 1: verloop medisch onderzoek bij het CLB

1. Voorbereiding op school

2. Verloop Medisch onderzoek
    a. Wat heeft men onthouden?
    b. Wat verliep goed/minder goed

TOPIC 2: hoe is verwijzing door CLB verlopen?

1. Hoe was men op de hoogte dat men verwezen was?
2. Wat was de reactie op de verwijzing?
3. Oorzaken (niet) geslaagde verwijzing
4. Hoe werd dit georganiseerd? hulp?

TOPIC 3: wat was de rol van het CLB in deze verwijzing?

1. Welke andere hulpverleners waren er betrokken?
2. Wat was hun rol?
3. Welke stappen werden spontaan(reeds) gezet voor de verwijzing (los van het clb)

TOPIC 4: wat heb je nodig van het CLB om tot een goede verwijzing te komen?

TOPIC 5: waaraan denk je als je aan het woord “ziek” denkt?

1. Wanneer ben je “ziek”
2. Wat betekent “ziekte” in thuisland?
3. Wanneer ga je naar een arts? In België en in Thuisland?
4. Organisatie gezondheidszorg thuisland

TOPIC 6: wat zijn de prioriteiten bij aankomst in België? Wat vindt men belangrijk?

BIJLAGE 5: goedkeuring ethisch comité fase 1 (Focusgroepen)

Prof. dr. G. Van Hal
UA
Medische sociologie en gezondheidsbeleid
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Hoe ervaren anderstalige nieuwkomers de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van het CLB hierin, en wat zijn volgens anderstalige nieuwkomers belangrijke factoren die hierin een rol spelen? (manama jeugdgezondheidszorg dr. Joke Hertogen - dr. Sarah Debaere)

Belgisch Registratienummer: B300201629628

datum	ons kenmerk	contactpersoon
26/09/2016	16/21/223	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 26/09/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  dr. De Baere, dr. Hertogen
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 15/09/2016
  versie 2
- Protocol aangepaste versie dd. 15/09/2016
  versie 2

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
o Nooit opgestart
o Vroegtijdig stopgezet
o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel

BIJLAGE 6: goedkeuring ethisch comité fase 2 (Interviews)

Prof. dr. G. Van Hal
UA
Medische sociologie en gezondheidsbeleid
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Hoe ervaren anderstalige nieuwkomers de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van het CLB, en wat zijn volgens anderstalige nieuwkomers en hulpverleners belangrijke factoren die hierin een rol spelen? Fase 2 - (Manama jeugdgezondheidszorg Joke Hertogen - Sarah De Baere)

Belgisch Registratienummer: B300201731167

datum	ons kenmerk	contactpersoon
6/02/2017	17/01/001	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 6/02/2017.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- Bewijs van "no-fault" verzekering dd. 6/10/2015
  Amlin Europe nv, polisnr 199.535.692, exp date 31/12/2016
- CV onderzoeker
  dr. Hertogen Joke, dr. De Baere Sarah
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 17/01/2017
  Deel 1, versie 2
  Deel 2, versie 2
- Protocol dd. 14/12/2016
  Versie 1

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. S. De Baere, NVT, Ottergemsesteenweg 262 - 9000 Gent
Dr. J. Hertogen, NVT, -