



KU LEUVEN



UNIVERSITEIT GENT



UNIVERSITEIT ANTWERPEN



VU BRUSSEL

INTERUNIVERSITAIRE GGS-OPLEIDING JEUGDGEZONDHEIDSZORG

**Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor anderstalige nieuwkomers:
een onderzoek naar compliance bij doorverwijzing in de preventieve
jeugdgezondheidszorg en impact van trajectbegeleiding hierop**

Dr. Kris KEERSMAEKERS

Promotor: Prof. A.M. Depoorter

**Verhandeling voorgedragen tot
het behalen van de graad van
Gediplomeerde in de Gespecialiseerde
Studies in de Jeugdgezondheidszorg**

September 2005

Inhoudsopgave

1	Dankwoord	2
2	Inleiding en motivatie	2
2.1	Motivering van de onderwerpskeuze	2
2.2	Het theoretisch recht op gezondheidszorg en de praktijk.....	4
3	Nieuwkomers en gezondheid: een overzicht uit de literatuur	9
3.1	Opzet van het literatuuronderzoek	9
3.2	De nieuwkomers in België	10
3.3	Medische problematiek van de nieuwkomer	13
3.4	De verschillende verblijfsstatuten en het recht op medische zorgen	14
4	Compliance in doorverwijzing door de CLB-arts bij OKAN-leerlingen en impact van trajectbegeleiding	25
4.1	Inleiding	25
4.2	Opzet van het onderzoek.....	27
4.3	Bespreking van de resultaten	31
4.4	Besluiten	56
4.5	Discussie en tentatieve aanbevelingen.....	60
5	Samenvatting	61
6	Geraadpleegde literatuur	62
	BIJLAGE 1: Studieverloop en timing	
	BIJLAGE 2: Schematische flow van leerlingen in het onderzoeksprotocol	
	BIJLAGE 3: Problemen bij doorverwijzing door de CLB-arts - Vragenlijst	
	BIJLAGE 4: Problemen bij doorverwijzing door de CLB-arts - Opvolgvragenlijst	
	BIJLAGE 5: Interessante websites	
	BIJLAGE 6: Personalialia	

1 Dankwoord

Bij het tot stand komen van deze studie waren meerdere diensten betrokken.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de extra inzet van de begeleiders van PINA-18, die naast hun activiteiten in de begeleiding van de verwezen leerlingen, een aanzienlijke bijdrage hebben geleverd aan het verzamelen van gegevens bij leerlingen en/of hun ouders. Ook werd de samenwerking op prijs gesteld met de OKAN-begeleiders van de scholen die aan deze studie meewerkten (SHGE, SIS2, SMIQ en SIT-N). Erg veel werk werd geleverd door de verpleegkundigen van het CLB die als anker in SIT-N de begeleiding en registratie in de OKAN-controlegroep deden of me bijstonden bij de organisatie en uitvoering van de medische onderzoeken.

Bij het opstellen van het onderzoeksprotocol, en zeker later bij het uitschrijven van de ingezamelde en verwerkte gegevens waren de commentaren van mijn promotor, Prof. Depoorter, van groot belang.

Niet in het minste echter gaat mijn dank uit naar de vele OKAN'ers en hun familieleden die, door mee te werken aan de bevragingen, me hebben geholpen een duidelijker beeld te krijgen van hun leefwereld, en de problemen die ze ondervinden bij doorverwijzing na het CLB-onderzoek.

2 Inleiding en motivatie

2.1 Motivering van de onderwerpskeuze

Preventieve gezondheidszorg bij anderstalige nieuwkomers is vaak een hachelijke onderneming.

Meerdere factoren kunnen een gevoel van onzekerheid creëren bij de hulpverlener.

Zo stelt de arts zich een aantal vragen die bij een andere populatie veel minder pertinent zijn. Zijn er geen communicatieproblemen die de anamnese onbetrouwbaar maken, of er toe leiden dat gegeven advies fout wordt opgevolgd? Riskeert men één of andere "exotische" pathologie te missen, door gebrek aan ervaring hiermee? Is men wel voldoende vertrouwd met de cultuur van de nieuwkomer om de ingezamelde informatie op een juiste manier te duiden? Vindt de doorverwezen leerling z'n weg in de hem vaak onvoldoende bekende en weinig gastvrije Belgische gezondheidszorg?

Tezelfdertijd ervaart men deze populatie als extra kwetsbaar.

Vaak hebben ze een uitgebreide medische voorgeschiedenis ten gevolge van de leefomstandigheden in het land van herkomst. Door de crisis voorafgaand aan hun migratie werd hun gezondheid vaak reeds enige tijd niet meer opgevolgd. Twijfelachtige

gezondheidszorg in het land van herkomst en/of migratie maken dat vaccinaties niet, onvolledig of kwalitatief onbevredigend werden gegeven. Het groot aantal slachtoffers van geweld, dat door psychische traumata op één of andere wijze disfunctioneert, stelt het Centrum voor Leerlingenbegeleiding (CLB) en de school voor een bijkomende uitdaging.

Hun toegang tot de Belgische gezondheidszorg is beperkt.

Dit laatste wordt deels bepaald door de intrinsieke toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten voor deze bevolkingsgroep, die vaak samenhangt met een precair verblijfsstatuut en daardoor beperkte verzekeraarbaarheid, of met financiële beperkingen. Een degelijk sociaal vangnet slaagt er dan soms in dit deels op te vangen, maar dit is bij nieuwkomers vaak ontwricht.

Deels hangt consumptie van gezondheidszorgen ook af van andere factoren, zoals morbiditeitsprofiel, culturele opvattingen rond gezondheid en gezondheidsconsumptie en communicatie rond de verwijzing zelf, waarbij taal en cultuurbarrières kunnen interfereren.

Onzekerheid bij de hulpverlener rond het slagen van een gemaakte doorverwijzing kan er toe leiden dat selectiever wordt doorverwezen dan bij de “gewone” Belgische populatie: als men bv. weet dat iemand geen geld heeft voor een bril, zal pas bij ernstigere visusproblemen doorverwijzen worden voor ophthalmologisch consult.

Eerdere ervaringen in het werken met mensen met precaire verblijfsstatuten (in andere takken van de gezondheidszorg) hebben me er stilaan van overtuigd dat er voor nieuwkomers in België een aanzienlijk probleem is met de toegankelijkheid van onze medische voorzieningen.

Ook in andere Europese landen blijkt dit zo te zijn. Zo toonde een Nederlandse studie in 1997 dat het aantal contacten met een huisarts bij illegale verblijvers slechts 70% bedroeg van dat bij legaal verblijvende Nederlanders.¹

Onderstaande studie heeft als bedoeling om na te gaan of dit probleem zich ook stelt in de preventieve gezondheidszorg bij nieuwkomers, i.c. of er een probleem met de doorstroming naar de reguliere gezondheidszorg is na verwijzing door het CLB, welke hiervoor eventuele verklaringen kunnen zijn, en - niet onbelangrijk – hoe men hier kan remediëren.

Eerder (internationaal) onderzoek heeft uitgewezen dat de wil om gezondheidszorg te verlenen aan alle inwoners van het eigen land er bij de beleidsvoerders wel degelijk is (al is het maar om problemen met volksgezondheid te vermijden), maar dat de uitwerking vaak mank loopt. Dit meestal vanuit angst voor onbetaalbaarheid van het systeem, of een aanzuigeffect naar nieuwe migranten.

In Hoofdstuk 3 wordt aan de hand van bestaande literatuurgegevens een beeld geschetst van wie de nieuwkomers zijn in België, wat hun behoeften op vlak van gezondheid zijn, en in welke mate ze recht hebben op (terugbetaalde) gezondheidszorgen.

Hoofdstuk 4 bespreekt een eigen onderzoek dat werd uitgevoerd in de Onthaalklassen voor Anderstalige Nieuwkomers (zgn. OKAN-klassen) van het Antwerps stedelijk onderwijs, en waar getracht wordt een beeld te schetsen van de problemen die er kunnen zijn bij de doorverwijzing van OKAN-leerlingen na het medisch onderzoek op het CLB.

2.2 Het theoretisch recht op gezondheidszorg en de praktijk

2.2.1 Internationaal recht

Door de tijd heen zijn een aantal verplichtingen tot het verlenen van gezondheidszorg aan inwoners van een land internationaal (binnen de UN-context) aanvaard geworden.

Blijkens onderzoek (o.a. van het Centre for Migration Research van de Katholieke Universiteit Nijmegen), gaat het over het algemeen om inspanningsverplichtingen voor de aangesloten staten met betrekking tot het verlenen van gezondheidszorg aan personen *die onder de rechtsmacht van de betrokken staat vallen*.

Dat kunnen zowel rechtmatig verblijvende vreemdelingen zijn als illegalen. Staten mogen over het algemeen tussen die beide categorieën geen onderscheid maken.

De rode draad in de internationale verdragen is dat aan vreemdelingen geneeskundige bijstand en verzorging bij ziekte moet worden geboden. Zoals bijvoorbeeld blijkt uit artikel 12 van de International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Volgens de General Comments van het VN Comité dat toezicht houdt op de naleving van dit verdrag betreft deze verdragsbepaling *ook asielzoekers en illegale immigranten*.²

“Nothing in this Declaration shall be interpreted as legitimizing the illegal entry into and presence in a State of any alien, nor shall any provision be interpreted as restricting the right of any State to promulgate laws and regulations concerning the entry of aliens and the terms and conditions of their stay or to establish differences between nationals and aliens. However, such laws and regulations shall not be incompatible with the international legal obligations of that State, including those in the field of human rights.”

Declaration on the Human Rights of Individuals Who are not Nationals of the Country in which They Live (Article 2.1) United Nations (1985).

Vrij vertaald zegt deze VN-tekst dat het een land vrij staat vreemdelingen al of niet op te nemen, maar dat in geval het mensen toelaat, hen ook een menswaardig bestaan moet verzekerd worden, m.i.v. toegang tot gezondheidszorg.

De Raad van Europa heeft dit in 2003 eveneens gesteld, en zegt dat “...illegale immigranten, die buiten het bereik van de bestaande gezondheids- en sociale voorzieningen vallen, een belangrijk probleem op het vlak van gezondheidszorg stellen, dat nader onderzoek vergt”^{3 4}

Daarom heeft de Europese Commissie de lidstaten willen in herinnering brengen dat “illegale migranten door universele mensenrechten beschermd worden en daarom basisrechten hebben zoals dringende gezondheidszorgen en basisonderwijs voor hun kinderen”.⁵

Voor België stipuleert Artikel 23 van de gecoördineerde Grondwet van 17 februari 1994 dat ieder het recht heeft een menswaardig leven te leiden. Artikel 191 stelt bovendien dat iedere vreemdeling die zich op het grondgebied van België bevindt, de bescherming geniet verleend aan personen en goederen, behoudens de bij de wet gestelde uitzonderingen. Hieruit volgt dat alle vreemdelingen die zich in België bevinden, ook zij die geen wettig verblijf hebben, in principe dezelfde rechten hebben als de Belgen tenzij de wetten zelf daarop een uitzondering voorzien. Dit is een standpunt dat door het Arbitragehof bevestigd werd.⁶

2.2.2 Nieuwkomers en het recht op gezondheidszorg: praktische obstakels

2.2.2.1 “Dringende Medische Hulp” in de praktijk^{7 8}

De vreemdelingenwet uit 1980 bepaalde reeds nadrukkelijk dat het verlenen van hulp of bijstand aan vreemdelingen uit louter humanitaire overwegingen niet strafbaar is. Er is dus geen enkele wettelijke beperking opgelegd aan de deontologische verplichting om medische hulp te verlenen, ongeacht of de betrokkene legaal of illegaal in ons land verblijft.

Het K.B. betreffende dringende medische hulp (DMH) aan vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven, geeft sinds 1996 opdracht aan het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn om dringende medische hulp te verlenen aan behoeftige illegale vreemdelingen die in ons land verblijven.

Onder “dringende medische hulp” wordt hulp verstaan die een uitsluitend medisch karakter vertoont en waarvan de dringendheid met een medisch getuigschrift dient te worden aangetoond. Deze hulp kan zowel ambulante als in een verplegingsinrichting worden verstrekt, en kan zowel preventieve als curatieve zorgverstrekking omvatten. De appreciatie van het dringend karakter van medische hulp komt uitsluitend toe aan een geneesheer. Onder "dringend" moet ook die medische hulp worden begrepen, die nodig is om voor de persoon of zijn omgeving gevaarlijke medische toestanden te voorkomen⁹.

Een gelijkaardig begrip bestaat eveneens in enkele ons omringende landen (Nederland, Duitsland), maar de invulling verschilt.¹⁰ Vergelijking van de situatie in de verschillende Europese landen blijft moeilijk door de erg uiteenlopende wettelijke bepalingen; er wordt hierop in dit bestek slechts oppervlakkig ingegaan.

Zo is in Denemarken, Oostenrijk en Zweden géén bij wet bepaalde toegang tot gezondheidszorg mogelijk voor mensen zonder wettelijk verblijf. Duitsland en het Verenigd

Koninkrijk hanteren een erg utilitaristische aanpak, die voorziet in hulp bij “levensbedreigende situaties” en besmettelijke zieken. Spanje, Italië en Frankrijk hanteren dan weer een systeem met erg brede toegankelijkheid tot gezondheidszorg, ook i.g.v. niet wettelijk verblijf. De situatie in België is vergelijkbaar met die in Nederland, en houdt met de toepassing van het begrip “Dringende Medische Hulp” het midden tussen een utilitaristische en een humanitaire aanpak. Problemen eigen aan dit systeem (zowel in België als in Nederland) zijn vooral de ingewikkeldheid van de procedures, en het gebrek aan kennis hierrond bij hulpverleners én hulpvragers.¹¹

De praktijk in België wijst bovendien uit dat de interpretatie van dit KB door de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW's) erg wisselt van regio tot regio, en sterk evolueert in de tijd.¹² Hierdoor is er sprake van een totaal gebrek aan rechtszekerheid over de kans op terugbetaling van medische zorgen voor mensen zonder wettige verblijfsstatus, met als resultaat dat het uit- en afstelgedrag en de financiële problemen door medische kosten erg groot zijn.”¹³

Bovendien proberen hulpverleners soms te ontkomen aan de toepassing van de wet op “Dringende medische hulpverlening” aan mensen zonder papieren (o.w.v. ingewikkelde of onduidelijke administratie, of onzekerheid over terugbetaling) en dit door te verwijzen naar (andere) ziekenhuizen of naar de eerste lijn.¹⁴

Ook de interpretatie van de term “dringend” waar het KB naar verwijst, verschilt van hulpverlener tot hulpverlener, en blijkt bovendien te evolueren naar mate men meer vertrouwd raakt met de procedure.¹⁵

In de praktijk is hulpverlening via de eigen ziekenhuizen van het OCMW vaak de enige haalbare optie voor mensen die op het KB betreffende DMH dienen beroep te doen.

Een gevolg hiervan is ook dat hun medische gegevens vaak verspreid zitten over verschillende spoeddiensten, waardoor hun gezondheidssituatie vaak niet adequaat opgevolgd wordt.¹⁴

De herstructurering van de Antwerpse OCMW ziekenhuizen binnen de ZNA-structuur* in 2004, ging gepaard met de invoering van een waarborgregeling, waarbij vòòr elk consult voorschotten dienen betaald te worden. Dit voorschot bedraagt 25€ voor wie én Identiteitspapieren én SIS kaart heeft, 50€ voor wie alleen een SIS kaart kan tonen, en 100€ voor wie noch papieren, noch SIS kaart heeft.

Alleen bij illegalen met een waarborgregeling (van een OCMW of asielcentrum) kan dit voorschot besproken worden, en kunnen (uitsluitend de medisch “noodzakelijke”) raadplegingen of onderzoeken worden uitgevoerd.¹⁶

Deze regeling werkt uiteraard erg drempelverhogend.

* ZNA: Ziekenhuis Netwerk Antwerpen; De groep van Antwerpse ziekenhuizen, eigendom van het OCMW

2.2.2.2 Problemen bij toewijzing aan gemeentelijk OCMW

Bij illegalen is in regel het OCMW van de verblijfplaats verantwoordelijk voor medische kosten vallend onder het KB betreffende DMH.

Asielzoekers kunnen evenwel ook door de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ) aan een gemeentelijk OCMW toegewezen worden in de loop van hun asielprocedure.* De fase van de procedure waarin ze zich bevinden (ontvankelijkheidsonderzoek, onderzoek ten gronde, beroep tegen negatieve beslissing), en het moment van asielaanvraag (voor of na 3 januari 2001), bepalen de verplichtingen van de OCMW's t.o.v. de asielzoeker w.b. tussenkomst in medische kosten of inschrijving bij een ziekenfonds. Op de toewijzing aan gemeentelijke OCMW's wordt in 3.4 nog verder ingegaan.

De OCMW's hebben bij wet een erg grote autonomie in het bepalen van hun aanpak naar de hen toegewezen asielzoekers. Zo kunnen ze bv. beslissen welk aandeel van het remgeld asielzoekers, die door hen bij een ziekenfonds ingeschreven zijn, zelf nog dienen te betalen, en dit verschilt dan ook sterk van OCMW tot OCMW.

Patiënten melden soms dat OCMW's zouden weigeren tenlastenemingen te regelen of in te schrijven bij een ziekenfonds waar ze dit verplicht zijn te doen. Andere betalen medische kosten pas terug zodra een drempelbedrag overschreden wordt. Sommige OCMW's weigeren terugbetalingen te verrichten per overschrijving, zodat asielzoekers méér zouden uitgeven aan verplaatsing naar een veraf gelegen OCMW om hun geld in ontvangst te nemen, dan het hen toegekende bedrag.

Vaak gaat het om ad hoc goedkeuring van terugbetaling door het OCMW, telkens er een nieuwe hulpvraag van de asielzoeker komt. Dit kan als vernederend ervaren worden en is een belangrijke bron van rechtsonzekerheid.

Een bijkomend probleem met deze procedure is dat het erg lang duurt voor een OCMW alle informatie heeft waarover het dient te beschikken om een hulpvraag te kunnen beoordelen. De OCMW raad vergadert minimaal één maal per maand, en hierbij wordt elk geval afzonderlijk besproken. Bijgevolg duurt het bij sommige OCMW's al snel 3 weken voor een aanvraag officieel is goedgekeurd.¹⁷

In de praktijk gebeurt het dat OCMW's terugbetaling weigeren van kosten van private ziekenhuizen of huisartsen waarmee ze geen overeenkomst hebben.

Patiënten die dit niet weten, of door een ziekenwagen naar het dichtstbijzijnde (niet-OCMW) ziekenhuis worden gebracht, krijgen dan ook soms hun kosten onterecht niet vergoed.

2.2.2.3 Een toeristenvisum: zegen of vloek?

Paradoxaal genoeg is de toegang tot gezondheidszorgen in België vaak eenvoudiger voor illegale verblijvers, dan voor mensen met een geldig toeristenvisum of burgers uit niet-

* Dit gebeurt volgens het zgn. "Spreidingsplan". Meer info hierover is te vinden op <http://www.vvsg.be/nl/welzijn/welzijn/vreemdelingen/spreidingsplan.shtml>

visumplichtige landen. Eén van de belangrijkste zaken die het OCMW nagaat telkens toepassing van het KB betreffende DMH ter sprake komt, is of er geen geldig visum bestaat. Dit sluit namelijk het inroepen van dit KB volledig uit. Alleen indien deze mensen in eigen land een ziekenfonds hebben dat medische kosten in België dekt, komen ze in aanmerking voor terugbetaling.¹⁷

Als een toerist door het vervallen van zijn toeristenvisum dan toch illegaal wordt, blijft de persoon die zich garant stelde voor dat visum nog gedurende 2 jaar aanspreekbaar door het OCMW voor terugbetaling van de gemaakte medische kosten.²⁹

2.2.2.4 Andere barrières: cultuur, traditie, kennis, communicatie...*

Belangrijke hinderpalen bij de toegang tot gezondheidszorg voor nieuwkomers blijven het gebrek aan kennis over de diensten in de gezondheidszorg, taal- en communicatieproblemen en verschillende (door cultuur en traditie bepaalde) opvattingen betreffende gezondheid en hoe men met z'n gezondheid omgaat.

Allochtonen vinden niet altijd de weg naar de gezondheidszorg. Het hulpverleningsaanbod is ook onvoldoende bekend bij allochtonen; oudere allochtonen zijn bijvoorbeeld niet vertrouwd met het dienstenaanbod en de diensten op hun beurt weten te weinig over hun specifieke noden en behoeften. Doordat allochtonen de diensten niet goed kennen, komen ze er erg laat mee in contact en belanden ze meteen in de meer gespecialiseerde hulpverlening. Allochtonen zijn ook niet altijd erg vertrouwd met de "westerse" manier van hulpverleners, die erg verbaal en individueel gericht is. De meeste hulpverleners, die overwegend van autochtone afkomst zijn, weten te weinig af van de cultuur en noden van hun allochtone cliënten. Vooral de communicatie met oudere allochtone patiënten verloopt moeizaam, onder meer vanwege het taalprobleem. Een meer toegankelijke zorg is de grote uitdaging voor de komende jaren. De eerste stappen worden gezet: steeds meer organisaties voeren een diversiteitsbeleid en schakelen interculturele bemiddelaars en tolken in.¹⁸

* Meer informatie onder andere te vinden op:
<http://www.abc.net.au/health/cguides/migranthealth.htm>
<http://www.ncesd.org/migranthealth/docs/healthmanual/SectionI.pdf>
<http://www.interculturelecommunicatie.com/download/gezondheidszorg.html>

3 Nieuwkomers en gezondheid: een overzicht uit de literatuur

3.1 Opzet van het literatuuronderzoek

3.1.1 Onderzoeksvragen

Volgende onderzoeksvragen werden voor de literatuurstudie weerhouden.

1° Wie zijn de nieuwkomers in Antwerpen, Vlaanderen, België?

Het belang van deze vraag zit erin dat men kan oordelen in hoeverre culturele kenmerken of geografisch bepaalde morbiditeitspatronen een rol spelen in het preventief medisch werken.

2° Welke rechten hebben ze als het gaat over toegang tot gezondheidszorgen? Welke rechten horen bij welke statuten?

Dit wordt erg relevant op het moment dat men iemand wil doorverwijzen naar andere hulpverleners.

3° Hoe toegankelijk is de Belgische gezondheidszorg voor nieuwkomers?

4° Wat zijn populatiespecifieke hindernissen voor nieuwkomers?

5° Hoe kan men de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg en het gebruik ervan door nieuwkomers verbeteren?

Preventieve screening is maar zinvol als het kan resulteren in een actie (m.a.w. een geslaagde verwijzing) die de impact van het gevonden gezondheidsprobleem of –risico weet te beperken.

Onderzoeksvraag 3 en 4 peilen naar aard en belang van obstakels in de doorstroming na verwijzing.

Onderzoeksvraag 5 gaat na of hier oplossingen voor aangegeven worden in de literatuur.

3.1.2 Methodiek

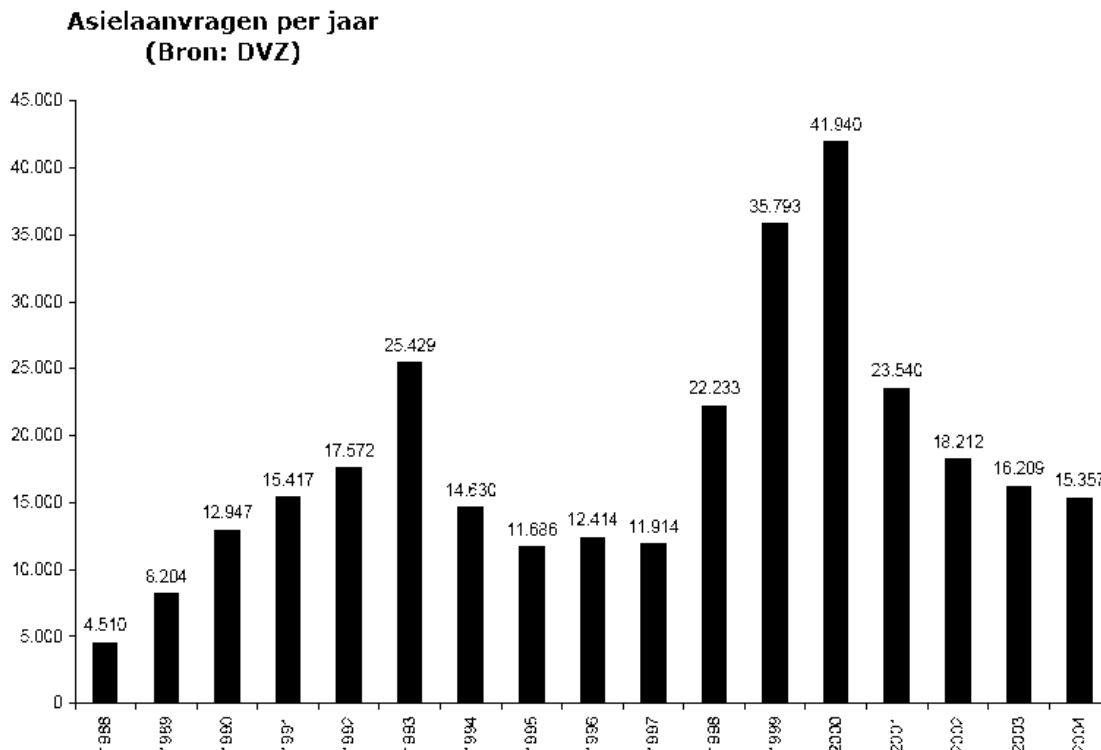
De klassieke searchengines voor medische publicaties lenen zich slechts in beperkte mate voor literatuuropzoekingen betreffende dit onderwerp. Interesse ging vooral uit naar gegevens over de situatie in België, Europa bij uitbreiding. In Medline werd o.a. gezocht met trefwoorden als refugee, asylum seeker, migrant , ... in combinatie met health, health acces, enz. Andere geraadpleegde zoekmachines waren Google, CSISS en SOSIG.

De overgrote meerderheid van de gevonden publicaties werd echter ontdekt via websites (en de hierop aanwezige links) van overheids- en NGO-organisaties die actief zijn op het vlak van migratie, gezondheidszorg en kansarmoede.

3.2 De nieuwkomers in België

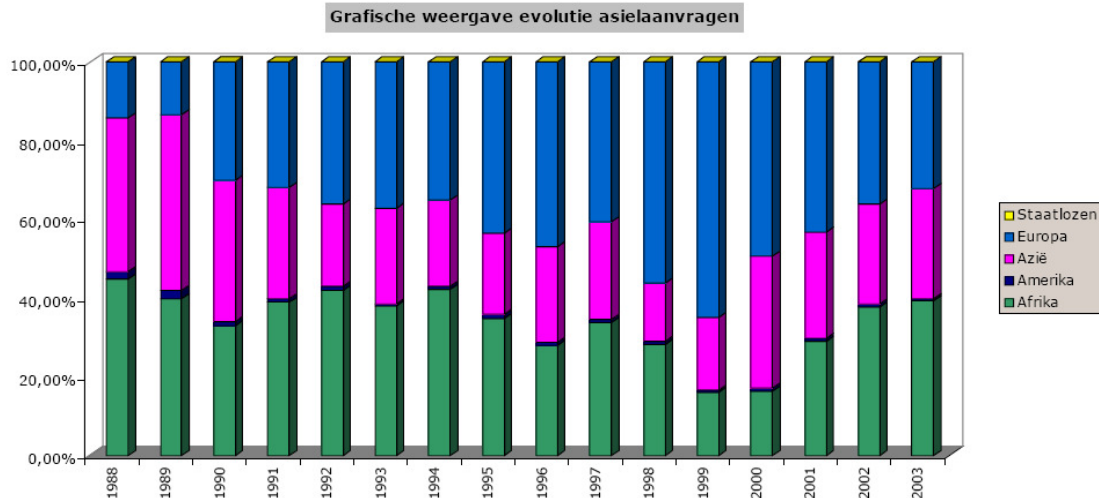
3.2.1 Asielzoekers

Het einde van de jaren '90 kende een toename van het aantal asielaanvragen in België die voor onrust in de politiek zorgde (Figuur 1). Deze evolutie is inmiddels een tijdelijk fenomeen gebleken, en was in grote mate te wijten aan een toegenomen immigratie uit Oost-Europa, zoals te zien is op Figuur 2. Als men alle asielaanvragen bij mekaar neemt sedert 1998, blijft Oost-Europa evenwel de grootste bron van Belgische asielzoekers.



Figuur 1 Evolutie van het aantal asielaanvragen in België (bron: DVZ)*

* Statistieken betreffende de asielaanvragen in België zijn te vinden op de site van het CGVS <http://www.belgium.be/eportal/application?origin=navigationBanner.jsp&event=bea.portal.framework.internal.refresh&pageid=indexPage&navId=31543>



Figuur 2 Evolutie oorsprong asielzoekers in België (bron CGVS)¹⁹

3.2.2 Vreemdelingen in ruimere zin

Als men kijkt naar de herkomst van de in België verblijvende geregistreerde vreemdelingen (niet beperkt tot asielzoekers), blijkt dat - na de landen van de EU - het grootste aantal vreemdelingen uit Marokko en Turkije afkomstig is. Onder vreemdelingen verstaan we hier per definitie mensen met een andere nationaliteit dan de Belgische. Hieronder bevinden zich uiteraard ook niet-nieuwkomers.

Over de herkomst van illegaal verblijvende vreemdelingen is het zeer moeilijk juiste gegevens te bekomen. Weliswaar worden schattingen gemaakt van de aantallen illegale vreemdelingen, maar naar alle waarschijnlijkheid is de verdeling over de verschillende nationaliteiten geheel verschillend.

Als men de landen van het voormalige Oostblok samen neemt, vormen ze na Marokko en Turkije de meest belangrijkste regio van waaruit legaal verblijvende vreemdelingen in België afkomstig zijn (EU landen van voor de jongste uitbreiding buiten beschouwing gelaten).^{*}

Enkele eigenschappen van deze herkomstlanden die in het licht van deze verhandeling erg belangrijk zijn, worden hieronder kort besproken.

3.2.2.1 Migratie uit Marokko en Turkije ("traditionele" migratielanden)^{20 21}

De Marokkaanse migratie heeft sedert 1974 (het jaar waarin de meeste Europese landen een immigratiestop doorvoerden) een aantal grondige wijzigingen gekend.

De gemigreerde Maghrebijnse bevolking kende een vervrouwelijking en verjonging. Daaronder verstaat men dat de aanvankelijk overwegend mannelijke migratie door een vervrouwelikkende inhaalbeweging geëvolueerd is tot een echtparen- of gezinsmigratie. De

^{*} Uit: http://www.dofi.fgov.be/nl/statistieken/Stat_ETR_nl.htm

verjonging wijst op een hogere nataliteit bij de Marokkaanse in verhouding tot de omliggende gezinnen. Er was ook een opvallende vervrouwelijking van de *actieve* Maghrebijnse bevolking, en een verhoging van het opleidingsniveau van migranten uit de Maghreb. In de Maghreb zelf zag men een verstedelijking van de gebieden van waaruit gemigreerd wordt. Wat vastgesteld wordt voor de legaal verlopende migratie, vindt ook plaats bij de illegaal verlopende migraties. Ook hier merkt men dat het meer en meer om hoger geschoolden gaat, dat ook vrouwen er meer en meer aan participeren, en dat het aandeel van de niet begeleide minderjarigen toeneemt.

Immigratie uit Turkije ontwikkelt niet eenzelfde druk op West-Europa als deze afkomstig uit Noord- en Subsaharisch Afrika.

Eén van de redenen hiervoor is dat de traditioneel Turkse migratie zich na de migratiestop van '74 sterk heeft beperkt tot gezinsvorming en gezinshereniging. Als er daarnaast van een toename van Turkse staatsburgers gesproken kan worden, gaat het om minderheden die Turkije verlaten als vluchtelingen, nl. Koerden en christenen.

De Turkse geïmmigreerden zelf gaan ondertussen meer en meer, zoals de Marokkanen, over tot naturalisatie.

Tenslotte is ook het opleidingsniveau in Turkije globaal sterk toegenomen en daardoor is een overstap naar West-Europa – buiten de huwelijkscontext – niet vanzelfsprekend meer. Er zijn immers in Turkije zélf andere perspectieven door de toename van de relaties met de Europese Unie.

3.2.2.2 Migratie uit Oost-Europa²²

Tot aan de val van het communistisch regime ging het bij migranten uit Oost-Europa eerder om hooggeschoolden. De laatste jaren is dit profiel volledig gewijzigd en gaat het om lager geschoolden, en heel vaak om mensen uit rurale gebieden die in de landbouw werkzaam waren.

De bedoeling van deze mensen lijkt niet te zijn om zich blijvend in een gastland te vestigen. Hun belangstelling voor regularisatiecampagnes en allerhande vormen van onthaalbeleid in Europa blijft dan ook zeer beperkt.

Zij zien hun aanwezigheid als tijdelijk en bedoeld om op zo kort mogelijke termijn geld te verdienen waarmee zij in hun streek van herkomst iets kunnen opzetten of kopen.

Een specifieke problematiek is deze van de Rom zigeuners, voor wie de val van de muur het opengaan betekent van grenzen en een toename van het gebied waarin zijn hun zigeuneridentiteit proberen te handhaven.

3.3 Medische problematiek van de nieuwkomer

Dit valt eigenlijk buiten het bestek van dit eindwerk, en er is daarom voor gekozen hier slechts zeer kort op in te gaan. De beschikbare studies zijn kleinschalig en handelen over zeer heterogene populaties, waardoor ze geen harde algemene conclusies toelaten.²³

Bij vergelijking van de ernst van de klachten van asielzoekers met die van de algemene bevolking, vallen op somatisch terrein vooral de infectieziekten op.

Posttraumatisch stress syndroom, ernstige depressiviteit en suïcidaliteit zijn dan weer de meest in het oog springende psychische problemen.

Het valt op dat vele klachten bij asielzoekers samenhangen met actuele sociale factoren zoals het verblijf in een opvangcentrum. De beperkte mogelijkheden, de beperkte privacy en de langdurige asielprocedure zelf vormen belangrijke gezondheidsbedreigende factoren. Dit gaat zelfs zover dat hulpverleners klagen over het moeilijk te maken onderscheid tussen psychische klachten op basis van traumata in het land van herkomst en psychische klachten veroorzaakt door een langdurige onzekere asielprocedure.²³

Het belang van “exotische” pathologie wordt vaak overschat door hulpverleners: de kenmerken van het morbiditeitspatroon van asielzoekers worden in grote mate bepaald door factoren als slechte gezondheidszorgsystemen in de herkomstlanden, gezondheidsrisico's van de vlucht zoals geweldservaringen en slechte hygiënische omstandigheden.

Een in 2003 gepubliceerde analyse van doodsoorzaken bij asielzoekers in de periode 1998-1999 in vergelijking met een Nederlandse standaardpopulatie, concludeerde dat verdrinking, moord, doodslag en suïcide in een belangrijke mate bijdroegen aan de verhoogde sterfte onder mannelijke asielzoekers.

Voor een deel van deze doodsoorzaken kunnen uiteraard preventieve maatregelen getroffen worden.²⁴

3.4 De verschillende verblijfsstatuten en het recht op medische zorgen²⁵

3.4.1 Rechten van de asielzoekers

De asielaanvraag in België verloopt in meerdere stappen die worden geregeld door de Wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (de zgn. Verblijfswet). Een overzicht van de procedure is te vinden in Figuur 3.^{*} Deze procedure wordt momenteel grondig herwerkt door de Federale Overheid.[†]

Enkele instanties spelen hierbij een sleutelrol en dienen dan ook kort voorgesteld te worden.[‡] Zo registreert de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ, een deel van de FOD Binnenlandse Zaken) de asielaanvraag en onderzoekt de ontvankelijkheid ervan. In eerste instantie dient de DVZ echter vast te stellen of België wel verantwoordelijk is voor de behandeling van de aanvraag, of deze door een andere lidstaat van de Europese Unie dient afgehandeld te worden (dit wordt bepaald door de zgn. Dublin-Verordening).[§]

Het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen (CGVS, een onafhankelijke federale instantie) behandelt beroepen tegen negatieve beslissingen van DVZ en neemt beslissingen ten gronde. Het CGVS is dus zowel een beroepsinstantie als een instantie in eerste aanleg.

De Vaste Beroepscommissie voor Vluchtelingen (VBV, een administratief rechtscollege) behandelt dan weer de beroepen tegen beslissingen ten gronde van het CGVS.

De rol van de Raad van State (een rechtsinstantie) hierin is alleen na te gaan of de procedure volgens de wettelijke regels verlopen is. De Raad van State kan m.a.w. nooit een beslissing nemen in de plaats van de aangevochten asielinstantie. De Raad van State kan zelf nooit iemand als vluchteling erkennen.

Specifieke procedures gelden voor slachtoffers van mensenhandel, niet-begeleide minderjarigen en vreemdelingen uit de (uitgebreide) EU-staten. Het verderop vermelde verblijfsstatuut onder Art. 9 § 3 van de Vreemdelingenwet van 15/12/1980 betreft géén

^{*} Meer informatie op <http://www.dofi.fgov.be/>

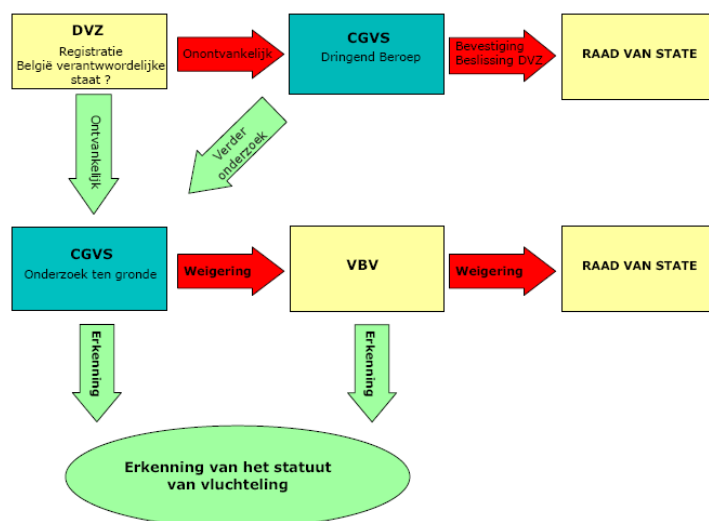
[†] Meer informatie op <http://www.vluchtelingenwerk.be/doc/Schema-nieuwe-asielprocedure-regering-Verhofstadt-II.doc>

[‡] Meer informatie op de website van de federale overheid, <http://www.belgium.be/eportal> en de sites van de betrokken instanties (de DVZ op <http://www.dofi.fgov.be>, het CGVS op <http://www.fgov.be/cgvs>, de VBV op <http://vbvcpr.fgov.be> en de RVS op <http://www.raadvst-consetat.be>).

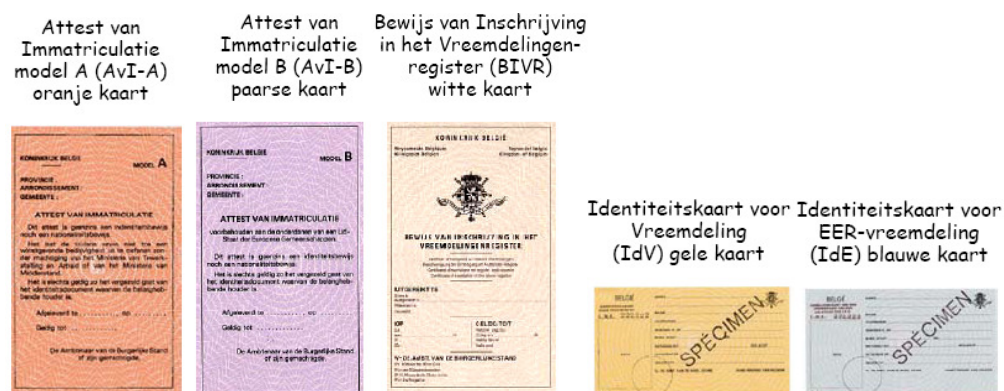
[§] Overeenkomst van Dublin van 19 juni 1990 betreffende de vaststelling van de Staat die verantwoordelijk is voor de behandeling van een asielverzoek

asielaanvraag. Het gaat ook niet om een recht, maar een gunst die de vreemdeling kan worden verleend (zie 3.4.5).

De belangrijkste verblijfsdocumenten die in België uitgereikt worden, zijn weergegeven in Figuur 4.



Figuur 3 De huidige asielprocedure in België (Bron: DVZ)



Figuur 4 De belangrijkste verblijfsdocumenten voor vreemdelingen (Bron: OCIV)

3.4.1.1 Rechten van asielzoekers in de ontvankelijkheidsfase

De DVZ registreert de asielaanvraag en onderzoekt de ontvankelijkheid ervan.

Indien de DVZ de asielaanvraag ontvankelijk verklaart, wordt de aanvraag door het Commissariaat-generaal (CGSV) “ten gronde” behandeld.

Indien de asielaanvraag *niet* ontvankelijk werd verklaard, kan de asielzoeker een dringend beroep indienen bij het CGVS. Dit beroep schort de beslissing van DVZ op, en dus het bevel om het grondgebied te verlaten.

Oordeelt het CGVS dat verder onderzoek noodzakelijk is, dan wordt de aanvraag ten gronde behandeld. Indien echter de onontvankelijkheidsbeslissing van DVZ door de commissaris-generaal bevestigd wordt, dient de betrokkene het land te verlaten.

De asielzoeker heeft dan nog de mogelijkheid om een beroep tot vernietiging of tot opschorting tegen de beslissing van het CGVS bij de Raad van State in te stellen.

Indien de omstreden beslissing wordt geschorst, zal deze niet meer kunnen worden uitgevoerd.

Indien ze wordt vernietigd, wordt het dringend beroep van de betrokkene opnieuw hangende (en kan hij niet verwijderd worden). Het CGSV dient dan een nieuwe beslissing inzake de ontvankelijkheid te nemen, rekening houdende met het arrest van de Raad van State.

In deze fase kan een asielzoeker niet aansluiten bij een ziekenfonds, tenzij als samenwonende echtgeno(o)t(e) of kind ten laste (<25j) van een gerechtigde die aangesloten is bij het ziekenfonds.

Als de asielzoeker in een opvangcentrum of een Lokaal Opvang Initiatief (LOI) verblijft, of er aan toegewezen is, zal dit centrum de raadpleging van een arts regelen en de kosten ten laste nemen. Indien hij buiten het toegewezen opvangcentrum verblijft, moet vooraf met het opvangcentrum of LOI contact worden genomen, en worden de kosten betaald dmv. een tenlasteneming (zgn. requisitoir), of na ontvangst van de factuur.

Bij asielzoekers die aan een gemeentelijk OCMW werden toegewezen, kan het OCMW een betalingsverbintenis regelen. Zoniet wordt de factuur hen achteraf bezorgd. Het OCMW beslist autonoom of het zelf alle medische zorgen betaalt, de patiënt alle medische kosten laat betalen of de patiënt het remgeld laat betalen (als er een ziekenfonsaansluiting geregeld was) .

Voor beide bovenstaande situaties geldt dat in geval van dringende medische hulpverlening in onvoorziene omstandigheden van deze regel kan afgeweken worden^{*}.

3.4.1.2 Rechten van asielzoekers in de gegronde fase en erkende vluchtelingen

Het onderzoek ten gronde gebeurt door het CGVS. Het CGVS moet nagaan of de asielzoeker een gegronde vrees voor vervolging heeft (cfr. het Vluchtelingenverdrag).

^{*} Zie de Omzendbrief van 9 september 1998 betreffende de verbintenis tot tenlasteneming zoals geregeld in art. 3*bis* van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen.

Indien geoordeeld wordt dat dit het geval is, wordt hij/zij als vluchteling erkend. Zoniet, wordt een weigeringsbeslissing door de commissaris-generaal genomen. Het CGVS kan eveneens onder bepaalde voorwaarden de status van vluchteling intrekken.

De betrokkene kan enkel beroep instellen bij de VBV. Het instellen van het beroep schort ook hier de uitvoering van de beslissing op.

Indien de VBV de beslissing van het CGVS *niet* bevestigt, wordt de asielzoeker erkend.

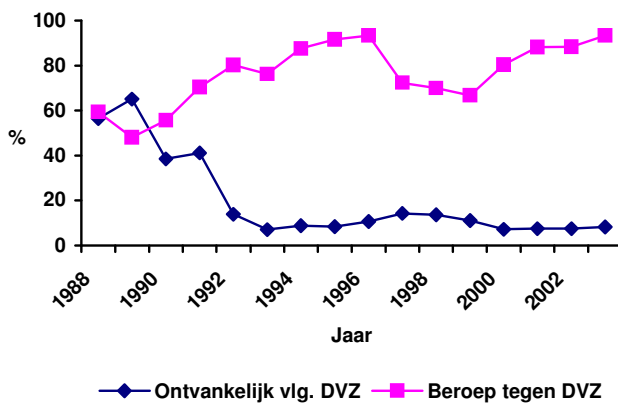
Als de VBV de beslissing van het CGVS echter bevestigt, kan DVZ een bevel uitvaardigen om het grondgebied te verlaten.

Tegen de beslissing van de VBV kan de betrokkene binnen dertig dagen nog een beroep tot vernietiging instellen bij de Raad van State. Dit beroep is *niet* opschortend zodat de betrokkene wel degelijk kan worden uitgewezen tijdens de behandeling.

Indien de Raad van State de omstreden beslissing vernietigt, wordt de zaak teruggestuurd naar de VBV die opnieuw uitspraak zal doen over de asielaanvraag, waarbij ze zich naar het arrest dient te voegen.

Als de asielaanvraag afgewezen wordt, kan men een nieuwe aanvraag indienen telkens er nieuwe gegevens aangebracht worden.

Tabel 1 toont dat de laatste jaren een belangrijke afname te merken valt in het aantal asielaanvragen dat door DVZ ontvankelijk werd verklaard, mogelijk gevolg van een verstrenging van het asielbeleid in ons land. Dit gaat gepaard met een gelijke toename van het aantal beroepsprocedures (en het aantal illegale verblijvers?).



Tabel 1 Evolutie verhouding ontvankelijke aanvragen bij DVZ en beroepen bij CGVS tegen negatieve beslissing van DVZ (Bron: CGVS²⁶)

In deze fase kan een asielzoeker of vluchteling wél bij een ziekenfonds aansluiten (zonder wachttijd), als gerechtigde met officiële tewerkstelling, als persoon ten laste van een

gerechtigde, of als ingeschrevene in het rijksregister (in de gegrondheidsfase het “wachregister”, na erkenning als vluchteling het “vreemdelingenregister”).

Het ziekenfonds komt op de normale wijze tussen in de medische kosten.

Indien men recht heeft op OCMW-dienstverlening, is het toegewezen OCMW verplicht om de betrokkene aan te sluiten bij een ziekenfonds en de bijdrage te betalen.

Het OCMW kan ook hier autonoom beslissen of het de patiënt (een deel van) de medische kosten laat betalen.

Zoals tijdens de ontvankelijkheidsfase kan in geval van dringende medische hulpverlening een uitzondering gemaakt worden op deze bevoegdheidsregel.

3.4.2 Rechten van gezinsherenigers

3.4.2.1 Gezinsherenigers in de Onderzoeksfase; oranje of paarse kaart

Deze hebben in geval van gezinshereniging met een Belg of burger van een EU/EER-staat een “Bijlage 19” met een “attest van immatriculatie” (model A = oranje kaart of model B = paarse kaart, zie Figuur 4). Anders (gezinshereniging met zgn. “derdelander”) gaat het om een “Bijlage 15bis” met “attest van Immatriculatie” (model A of oranje kaart).

Een “Bijlage 35” krijgt iemand wanneer er een beroepsprocedure gestart wordt na een negatieve beslissing tijdens de onderzoeksfase bij gezinshereniging.

Gezinsherenigers in de onderzoeksfase (ook die met Bijlage 35) hebben omwille van hun Immatriculatie-attest toelating tot verblijf van minstens dan drie maanden én zijn opgenomen in het vreemdelingenregister.

Bijgevolg hebben zij eigenlijk recht op een ziekenfonds, maar dit loopt in de praktijk wel eens fout. Er is evenwel meestal ook recht op inschrijving bij een ziekenfonds owv samenwoont met een gerechtigde bij een ziekenfonds, of officiële tewerkstelling.

Terugbetaling door het ziekenfonds verloopt m.a.w. zoals bij de gewone ingeschrevenen.

3.4.2.2 Gezinsherenigers met Definitief verblijf; witte of gele kaart

Deze vreemdelingen kunnen aansluiten bij een ziekenfonds op basis van officiële tewerkstelling, als persoon ten laste van een gerechtigde of als “ingeschrevene in het rijksregister”. De terugbetaling van medische kosten gebeurt via de normale regeling van het ziekenfonds.

3.4.3 Rechten van niet-begeleide minderjarigen

3.4.3.1 Illegale minderjarigen en minderjarigen met aankomstverklaring (Bijlage 3)

In principe kunnen minderjarigen zich niet aansluiten bij het ziekenfonds, maar in sommige situaties is het toch mogelijk om zich – zelfs als illegale minderjarige - in regel te stellen bij het ziekenfonds.

Dit kan bv. door inschrijving als kind ten laste of samenwonende echtgeno(o)t(e) van een gerechtigde die aangesloten is bij het ziekenfonds. Indien geen familieband kan aangetoond worden, moet men zijn onderhoud en hoofdverblijfplaats in België bewijzen (bv. door samenwonen, kindergeld, ...). Het kan ook als er sprake is van officieel werk, bv. via deeltijds onderwijs. Soms is er de mogelijkheid van een "uitlooprecht" van het ziekenfonds, dat zich baseert op een vroegere verblijfssituatie.

Als er steun wordt toegekend door een federaal opvangcentrum, of bij maatschappelijke dienstverlening door een OCMW, dan worden er medische zorgen toegekend in het kader van deze steunverlening en niet in het kader van de "dringende medische hulp".

Is dit niet het geval, dan heeft men nog steeds recht op "dringende medische hulp".

Niet-begeleide (legale of niet-legale) minderjarigen kunnen ook opgevangen worden in een asielcentrum, dat dan zal instaan voor de medische zorgen. Zorgen die hier buiten vallen, dienen door het OCMW gedragen te worden.

3.4.3.2 Niet-begeleide minderjarigen met BIVR^{*}; witte kaart

Deze minderjarigen kunnen aansluiten bij een ziekenfonds op basis van officiële tewerkstelling (bv. bij deeltijds onderwijs), als persoon ten laste van een gerechtigde of als "ingeschrevene in het rijksregister". De terugbetaling van medische kosten gebeurt via de normale regeling van het ziekenfonds.

3.4.4 Rechten van slachtoffers van mensenhandel

Zij die een bevel om het grondgebied te verlaten (BGV) kregen (dat nog niet is vervallen), kunnen zich nagenoeg nooit aansluiten bij een ziekenfonds. Theoretisch kan het evenwel, als samenwonende echtgeno(o)t(e) of kind ten laste van een gerechtigde aangesloten bij het ziekenfonds, bij officieel werk op basis van een vorig legaal verblijfsstatuut of in 't geval van een uitlooprecht van het ziekenfonds.

In geval van verblijf in een opvangcentrum, worden de medische kosten door hen betaald.

Zoniet worden de medische kosten betaald door het OCMW van de feitelijke verblijfplaats. In geval van dringende medische hulpverlening in onvoorziene omstandigheden bestaat er een mogelijke uitzondering op deze bevoegdheidsregel.

Slachtoffers van mensenhandel met een Bijlage 3[†] mogen officieel werken, en kunnen zich soms op basis hiervan in regel stellen met het ziekenfonds.

Voor hen die een BIVR hebben, gelden dezelfde bepalingen als voor erkende vluchtelingen, gezinsherenigers of minderjarigen met BIVR.

^{*} BIVR: Bewijs van Inschrijving in het Vreemdelingenregister (witte kaart)

[†] Bijlage 3: aankomstverklaring

3.4.5 Rechten igv. tijdelijke, voorwaardelijke regularisatie onder Art.9 §3

Art. 9 par. 3 van de Vreemdelingenwet van 15/12/1980 biedt vreemdelingen de mogelijkheid om aan de Minister van Binnenlandse Zaken de uitzonderlijke toestemming te vragen om langer dan 3 maanden op het grondgebied te verblijven.²⁷

Een dergelijk aanvraag is *geen* regularisatie van verblijf zoals omschreven door de Wet van 22/12/1999, waar op dit moment tenandere geen beroep meer kan gedaan worden.

Een aanvraag tot machtiging van verblijf dient te gebeuren bij de Belgische diplomatieke of consulaire post in het land waarvan de vreemdeling de nationaliteit heeft of waar hij of zij een verblijfsrecht heeft. Slechts in buitengewone omstandigheden kan de aanvraag in België ingediend worden (maar dit is in de praktijk eerder de regel). Deze machtiging kan voor een bepaalde of voor onbepaalde tijd, of onder bepaalde voorwaarden worden toegestaan.

De wet schrijft niet voor volgens welke criteria de aanvraag kan toegestaan worden. Meestal wordt dit vertaald naar "humanitaire redenen" (bv. persoonlijke redenen of integratie in de samenleving). De Minister is echter niet verplicht om een verblijfsmachtiging toe te staan, zelfs niet wanneer humanitaire redenen aanwezig zijn, zoals bijvoorbeeld levensbedreigende ziekte.²⁸

Onder Art. 9 par. 3 is *geen* aansluiting bij het ziekenfonds mogelijk, tenzij als samenwonende echtgeno(o)t(e) of kind ten laste van een aangesloten gerechtigde. Er kan in uitzonderlijke omstandigheden een uitlooprecht gelden bij het ziekenfonds.

Men heeft geen recht op officiële tewerkstelling, behalve wanneer men op basis van een andere procedure mocht werken. Aansluiting bij een ziekenfonds op grond daarvan is dan ook onmogelijk.

Tenzij wanneer er sociale steun wordt toegekend (zeldzaam) en de medische zorgen voor rekening van het betrokken OCMW vallen, geldt de regeling betreffende recht op "dringende medische hulp" (K.B. van 12 december 1996).

3.4.6 Rechten van toeristen uit niet-EU/EER landen *

3.4.6.1 Toeristen met een geldig visum, aankomstverklaring, stempel van binnenkomst

In principe heeft men geen recht op maatschappelijke dienstverlening van het OCMW. De betrokkene moet voor zijn toeristenstatuut zelf bestaansmiddelen hebben (ofwel van zichzelf, ofwel van de tenlastenemer) en die bestaansmiddelen moeten ook de gezondheidszorgen dekken. Dit neemt niet weg dat men in zéér ernstige, vaak levensbedreigende, situaties recht

* Info ivm het al of niet noodzakelijk zijn van een visum voor verblijf in België is te vinden op de website van de federale overheid, <http://www.diplomatie.be/nl/travel/traveldocsforeign.asp>.

heeft op maatschappelijke dienstverlening van het OCMW. De behoefte moet echter worden vastgesteld en het OCMW zal de garant trachten aan te spreken.^{29 30}

Er is geen aansluiting bij het ziekenfonds mogelijk, tenzij als samenwonende echtgeno(o)t(e) of als kind ten laste van een gerechtigde die aangesloten is bij een ziekenfonds.

Het K.B. 'dringende medische hulp' is m.a.w. *niet* van toepassing.

Men heeft in principe *geen* recht op een OCMW-tussenkost voor de medische kosten, maar in geval van ernstige behoefte (zie verder) is het OCMW van de feitelijke verblijfplaats bevoegd. In geval van dringende medische hulpverlening in onvoorziene omstandigheden bestaat er een mogelijke uitzondering op deze bevoegdheidsregel. Men zal echter zo veel mogelijk verwijzen naar de verantwoordelijkheid van de betrokkene en de garant die de tenlasteneming ondertekend heeft. Deze laatste is verantwoordelijk tot 2 jaar na binnenkomst op het grondgebied.

Er zijn uitzonderingen wanneer er geen garant is (of wanneer deze niet solvabel is, of niet gevonden wordt) en wanneer het gaat over ernstige (vaak levensbedreigende) situaties. Krachtens de Omzendbrief van 9 september 1998 kan de garant enkel aangesproken worden voor courante gezondheidszorgen en niet voor onverwachte, dringende medische hulpverlening (b.v. een ongeval).

3.4.6.2 Toeristen waarvan het wettig verblijf verlopen is

Het betreft vreemdelingen met een verstreken visum, een verstreken aankomstverklaring (bijlage 3) of een stempel van binnenkomst ouder dan drie maand.

Het is mogelijk dat het K.B. "dringende medische hulp" (cf. 3.4.1) niet wordt toepast, indien er een geldige tenlasteneming werd getekend. De garant die de tenlasteneming ondertekend heeft, is verantwoordelijk tot 2 jaar na binnenkomst.

Ook hier zijn er uitzonderingen mogelijk wanneer er geen garant is (of wanneer deze niet voldoende solvabel is, of niet gevonden wordt) en wanneer het gaat over ernstige (vaak levensbedreigende) situaties.

3.4.7 Rechten van burgers uit EU/EER-landen *

Op 1 mei 2004 breide het aantal EU-staten uit van 15 (België, Duitsland, Frankrijk, Italië, Luxemburg, Nederland, Denemarken, Ierland, Verenigd Koninkrijk, Griekenland, Portugal, Spanje, Finland, Oostenrijk en Zweden) naar 25 (uitbreiding met Estland, Letland, Litouwen, Polen, Tsjechië, Slowakije, Hongarije, Slovenië, Cyprus en Malta).[†] Binnen deze landen geldt vrij verkeer van personen: er is m.a.w. voor België geen visumplicht (meer).

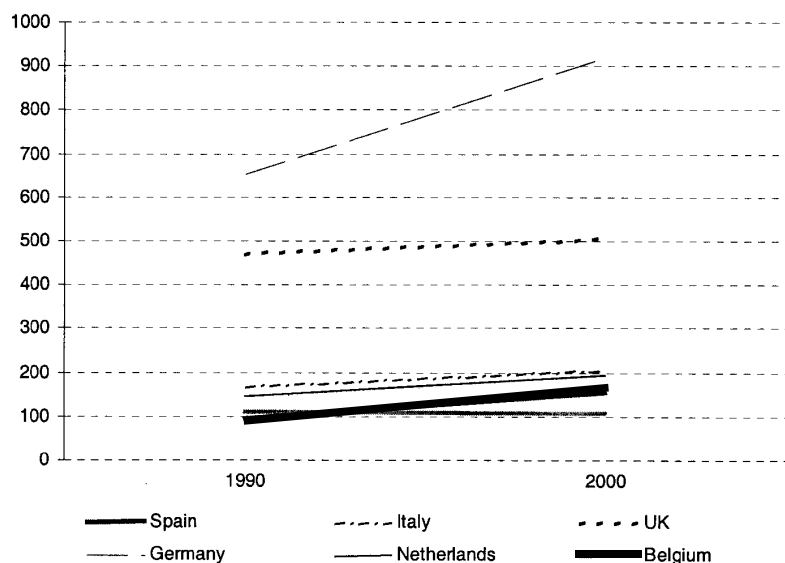
* EER: Europese economische ruimte. Tot de EER behoren de lidstaten van de EU, samen met IJsland, Noorwegen en Liechtenstein.

[†] Meer informatie hierover is te vinden op <http://europa.eu.int/comm/enlargement>

Wie beschikt over voldoende financiële middelen én een toereikende ziektekostenverzekering (zodat men niet ten laste komt van het sociale zekerheidsstelsel van het land waar men wil wonen) staat het vrij te wonen waar hij wil³¹.

De Europese Commissie plant de invoering van een gemeenschappelijke Europese ziekteverzekeringskaart. Deze kaart moet alle formulieren vervangen die momenteel nodig zijn voor een medische behandeling tijdens een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat. Ze moet de procedures vereenvoudigen, maar verandert niets aan de rechten en plichten van de EU-burgers. Zo zullen bijvoorbeeld patiënten die voor hun gezondheidszorg in het buitenland moeten betalen, sneller door hun eigen sociale zekerheidsstelsel kunnen worden terugbetaald. De kaart zal evenwel meer voordelen bieden naarmate EU-burgers geleidelijk meer mogelijkheden krijgen om zich tijdens een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat te laten behandelen. Eén van die verwachte mogelijkheden, is het recht op *alle* noodzakelijke zorg in het gastland, en niet enkel op zorg die *dringend* is. De Commissie heeft deze voorstellen goedgekeurd op verzoek van de voorjaarsop van Barcelona van maart 2002.*

3.4.8 Rechten van illegalen



Figuur 5 Aantal illegale verblijvers (duizenden) in 6 EU landen. ILO berekeningsmethode^{10 32 33}

Met illegaal worden hier zowel mensen bedoeld wiens verblijfsdocumenten niet meer geldig zijn, als de velen die zich nooit in regel hebben gesteld of trachten te stellen. Dit kan gevolg

* Meer informatie op: http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2003/feb/hicard_en.html

zijn van een gebrek aan kennis betreffende de procedures, maar het kan ook een bewuste keuze zijn bv. voor wie zijn kansen op asiel als te klein inschat.

Door de aard van de zaak is het zeer moeilijk cijfers te geven voor het aantal illegalen in een land. Men baseert zich hiervoor op cijfers betreffende uitwijzingen van gevonden illegalen en regularisatieaanvragen.

Er wordt meestal aangenomen dat het aantal illegale verblijvers in de grootteorde ligt van 10 à 15% van het aantal wettelijke verblijvers.

Er zou een stijgende trend zijn sedert de jaren '70, als gevolg van strengere immigratiewetten in vele landen, en in andere landen een versoepeling van de emigratieregels n.a.v. het einde van de koude oorlog.³³

Figuur 5 geeft de evolutie van het geschatte aantal illegale verblijvers in enkele Europese landen, waaruit een duidelijke stijging in België blijkt.

3.4.8.1 Beroep bij de Raad van State tegen een negatieve beslissing van het CGVS* of VBV†

Er is *geen* aansluiting bij een ziekenfonds mogelijk, tenzij als samenwonende echtgeno(o)t(e) of kind ten laste van een gerechtigde aangesloten bij het ziekenfonds, of bij officieel werk op basis van een vorig legaal verblijfsstatuut.

In regel dient hier geen beroep gedaan te worden op het K.B. betreffende “dringende medische hulp”, omdat betaling op andere manieren mogelijk is.

Bij asielzoekers waar het VBV de aanvraag ongegrond heeft verklaard, is er veel kans dat er sprake is van een “uitlooprecht” bij het ziekenfonds, dat zich baseert op een vroegere (ontvankelijke) verblijfssituatie om zich in regel te stellen voor het volgende jaar.

Indien de asielzoeker verblijft in een opvangcentrum of er aan toegewezen werd, moet dit centrum de raadpleging van een arts regelen en/of de kosten dragen.

Indien hij buiten het toegewezen opvangcentrum verblijft, moet in principe vooraf met het opvangcentrum contact worden genomen en wordt de betaling geregeld mbv een requisitoir of na toezending van de factuur.

Ook hier geldt dat bij asielzoekers die ooit aan een gemeentelijk OCMW werden toegewezen (asielaanvragen vóór 3 januari 2001), het OCMW een betalingsverbintenis kan regelen. Zoniet wordt de factuur hen achteraf bezorgd. Het OCMW beslist dan autonoom of het alle medische zorgen betaalt, de patiënt alle medische kosten laat betalen of de patiënt het remgeld laat betalen (als er een ziekenfonds aansluiting geregeld was) .

Voor bovenstaande situaties geldt dat in geval van dringende medische hulpverlening in onvoorziene omstandigheden van deze bevoegdheidsregel kan afgeweken worden.

* Commissariaat-Generaal voor Vluchtelingen en Staatlozen

† Vaste Beroepscommissie voor Vluchtelingen

3.4.8.2 Mensen zonder wettig verblijf (zonder beroep bij de Raad van State)

Dit zijn mensen die ofwel een uitvoerbaar bevel om het grondgebied te verlaten hebben, ofwel in 't geheel geen verblijfsdocumenten hebben.

Inschrijven bij een ziekenfonds is alleen mogelijk als samenwonende echtgeno(o)t(e) of kind ten laste van een gerechtigde aangesloten bij het ziekenfonds, bij officieel werk op basis van een vorig legaal verblijfsstatuut of in 't geval van een uitlooprecht van het ziekenfonds.

Betaling van medische kosten valt nagenoeg steeds onder de regeling van het K.B. betreffende "dringende medische hulp".

Regularisatieaanvragers die geen wettig verblijf meer hebben via een andere procedure hebben grosso modo dezelfde situatie. Zij die een "Ontvangstbewijs Wet 22 december 1999" hebben als gevolg van de regularisatiecampagne in 2000, mogen wél officieel werken, en zijn dus soms in regel met een ziekenfonds. Voor de overigen geldt eveneens de regeling van DMH.

3.4.8.3 Mensen met bevel om het grondgebied te verlaten met (maandelijkse) verlengingen

Het gaat hier om (in de gegrondeheidsfase) afgewezen asielzoekers, die een maandelijks verlengbaar bevel tot verlaten van het grondgebied hebben gekregen (een zgn. bijlage 13).

Wanneer de betrokkene verblijft in een open opvangcentrum, moet dit opvangcentrum tussenkomen voor de medische kosten. Zolang de termijn van het bevel om het grondgebied te verlaten nog niet is vervallen, zijn deze mensen geen illegale verblijvers, en het K.B. 'dringende medische hulp' is strikt genomen dan ook niet van toepassing.

In de praktijk wordt het K.B. evenwel toch meestal ingeroepen.

Inschrijven bij een ziekenfonds is mogelijk als samenwonende echtgeno(o)t(e) of kind ten laste van een gerechtigde aangesloten bij het ziekenfonds, bij officieel werk op basis van een vorig legaal verblijfsstatuut of in 't geval van een uitlooprecht van het ziekenfonds.

4 Compliance in doorverwijzing door de CLB-arts bij OKAN-leerlingen en impact van trajectbegeleiding

4.1 Inleiding

4.1.1 Probleemstelling

Een aantal factoren maken dat er slechts een zeer beperkte follow-up gebeurt van de doorverwijzingen die plaatsvinden in het kader van de preventieve jeugdgezondheidszorg bij leerlingen uit de onthaalklassen voor anderstalige nieuwkomers (zgn. OKAN'ers). De compliance na doorverwijzing lijkt op het eerste zicht problematisch, maar dit is in België weinig geobjectiveerd. Ook over de redenen waarom verwijzingen fout lopen is weinig geweten. In de hierboven vermelde literatuur worden een aantal factoren aangehaald die de toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten voor OKAN'ers bemoeilijken, en wordt melding gemaakt van voorstellen om deze te verbeteren.

Omdat vermoed werd dat gebrekkige kennis van hun rechten bij de AN-populatie één van de belangrijke hinderpalen is bij doorstroming naar de gezondheidsdiensten, werd recent een samenwerking opgezet tussen de minderjarigenwerking van het Stedelijk Onthaalbureau voor Nieuwkomers in Antwerpen (PINA-18) en de CLB's van de verschillende netten in het Antwerpse, met als doel de AN-ers waar nodig te informeren en te begeleiden in hun zoektocht naar basisgezondheidszorg.

Het leek me evenwel nodig de situatie in het Antwerpse beter in kaart te brengen.

De onderzoeksvragen die uit deze bekommernis naar voor zijn gekomen, worden in 4.2 vermeld.

Het is echter nuttig voordien enkele relevante begrippen te verduidelijken.

4.1.2 Het onthaalonderwijs in het gewoon secundair onderwijs

4.1.2.1 Algemene organisatie van het onthaalonderwijs^{34 35}

Het wettelijk kader hierbij wordt bepaald in het Besluit van de Vlaamse Regering van 24 mei 2002 inzake de organisatie van onthaalonderwijs voor anderstalige nieuwkomers in het gewoon voltijds secundair onderwijs (B.S. 11.09.2002).

Scholen die minstens 25 anderstalige nieuwkomers ingeschreven hebben komen in aanmerking voor specifieke uren-leraar.

Het onthaalonderwijs heeft tot doel 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 hun individuele capaciteiten. Dit moet het voor

hen mogelijk maken hun studie in het regulier secundair onderwijs met succes voort te zetten. Het leerprogramma is dan ook sterk gericht op het verwerven van het Nederlands.

Binnen het Antwerpse Stedelijk Onderwijs hebben 4 secundaire scholen een aanvraag ingediend voor subsidiëring van onthaalonderwijs: het Stedelijk Handelsinstituut Merksem (afdeling Generaal de Wetstraat)^{*}, het Stedelijk Instituut voor Secundair Onderwijs 2 (afdeling Marco Polo)[†], de Stedelijke Middenschool Quellinstraat[‡] en het Stedelijk Instituut voor Technisch Onderwijs 5 (afdeling Notelaarstraat)[§].

Belangrijk in deze context is eveneens dat ook illegale verblijvers een leerrecht hebben, evenwel geen leerplicht.

4.1.2.2 De OKAN-leerling: definitie

Het bovenvermelde Besluit van de Vlaamse Regering bepaalt dat een anderstalige nieuwkomer als regelmatige leerling tot het onthaalonderwijs kan toegelaten worden wanneer hij voldoet aan volgende voorwaarden:

1° niet in het bezit zijn van de Belgische of Nederlandse nationaliteit;

2° niet het Nederlands als moedertaal hebben;

3° geen volledig schooljaar onderwijs gevolgd hebben in een onderwijsinstelling met het Nederlands als onderwijstaal;

4° de onderwijstaal onvoldoende beheersen om met goed gevolg de lessen bij te wonen in een instelling met het Nederlands als onderwijstaal;

5° uiterlijk op 31 december volgend op de aanvang van het schooljaar enerzijds minstens 12 jaar en anderzijds geen 18 jaar geworden zijn.

Op vraag van de school kan in uitzonderlijke omstandigheden van de eerste, derde en vijfde toelatingsvoorwaarde worden afgeweken (met motivering door het CLB).

4.1.2.3 Het medisch onderzoek bij de OKAN-leerlingen

Hoewel de anderstalige nieuwkomers in het Decreet betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding (1 december 1998) omschreven staan als een “preferentiegroep”, wordt door de wetgever nergens bepaald dat ze ook medisch onderzocht of begeleid dienen te worden door het CLB. En dit gebeurt dan ook in sommige CLB’s onder tijdsdruk niet.

Nochtans gaat het hier zoals eerder reeds gesteld om een uiterst kwetsbare populatie, waarbij allerlei factoren de zorg voor de gezondheid kunnen verstoren.

Om die reden worden ze dan ook in de meeste CLB’s beschouwd als een prioritair te onderzoeken groep.³⁶ In afwezigheid van een wettelijk kader bestaat er evenwel geen gestandaardiseerde aanpak.

^{*} SHGE

[†] SIS2

[‡] SMIQ

[§] SITN

4.1.2.4 De samenwerking met PINA-18 in het Antwerpse

PINA-18 is de minderjarigenwerking van het Stedelijk Onthaalbureau voor Nieuwkomers (PINA), een afdeling van de Dienst Integratie Antwerpen (DIA), op zijn beurt deel van de Dienst Sociale Zaken van de stad Antwerpen.

Het inburgeringsdecreet van februari 2003 gaf vorm aan een inburgeringstraject voor minderjarige nieuwkomers waarin onthaalonderwijs, ondersteund door trajectbegeleiding, een centrale positie inneemt.

De toeleiding of trajectbegeleiding naar het onthaalonderwijs wordt waar nodig door Pina-18 georganiseerd. Ook de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) boden hier reeds vanuit hun opdracht een aangepaste begeleiding. In eerste aanzet werd dan ook een samenwerkingsakkoord geformaliseerd tussen CLB en PINA-18 betreffende deze toeleiding naar het onderwijs.

Recenter werd hieraan een nieuwe samenwerking toegevoegd: PINA-18 zou voortaan de Antwerpse CLB's ondersteunen bij de opvolging van de vaak problematisch verlopende doorverwijzingen na het medisch onderzoek door de CLB-arts. Voor w.b. het CLB van het Antwerpse stedelijk onderwijs gebeurde dit reeds op beperkte schaal in 2003-2004, en de werking werd uitgebreid in 2004-2005. Deze samenwerking is schematisch weergegeven in bijlage, en de impact ervan vormt mede onderwerp van deze studie.

4.2 *Opzet van het onderzoek*

4.2.1 Onderzoeksvragen

Het hierna beschreven onderzoek heeft als doel bij te dragen tot het formuleren van een antwoord op volgende vragen:

- 1° Wat kenmerkt de leerlingenpopulatie in de Antwerpse stedelijke onthaalklassen voor anderstalige nieuwkomers (zgn. OKAN-klassen)?
- 2° Welke rechten hebben ze als het gaat over toegang tot gezondheidszorgen?
- 3° Hoe vlot verloopt de doorverwijzing bij OKAN'ers wanneer bij de algemene medische consulten door de CLB-arts gezondheidsproblemen werden vastgesteld, in vergelijking met de niet-OKAN populatie?
- 4° Wat zijn de meest voorkomende hindernissen die OKAN'ers hierbij ondervinden?
- 5° Wat is de meerwaarde van een intensieve persoonlijke begeleiding door een externe organisatie (in casu PINA-18) op de toegankelijkheid van de zorgverlening, ten opzichte van de bestaande begeleiding door het CLB?

4.2.2 Methodiek en verloop van het onderzoek

4.2.2.1 Algemeen verloop

Dit wordt schematisch weergegeven in bijlage.

Alle OKAN-leerlingen uit het secundair stedelijk onderwijs komen op medisch onderzoek in de periode van december 2004 tot einde februari 2005 (N=202). De OKAN-klassen komen uit de 4 Antwerpse stedelijke scholen die onthaalonderwijs inrichten: SHGE* (N=42), SMIQ† (N=68), SIS2‡ (N=40) en SIT-N§ (N=52). Er vindt een medisch onderzoek plaats volgens het studieprotocol (inhoudelijk gebaseerd op de bepalingen van het “CLB-Decreet” met betrekking tot de medische onderzoeken van het 1^{ste} jaar SO). Twee leerlingen blijven bij herhaling afwezig, één meisje weigert zich te laten onderzoeken. Deze 3 leerlingen worden in de verdere analyse niet meegenomen.

De school krijgt hierna een lijst met het aantal verwijzingen per leerling, en bij elke verwijzing de vermelding “dringend” of “niet-dringend”. Van de reden van verwijzing of het geraadpleegde specialisme wordt geen melding gemaakt; dit zou ongetwijfeld de opvolging vergemakkelijken, maar is ethisch niet te verantwoorden. Bovendien zou het een inbreuk vormen op Art. 458 van het Strafwetboek betreffende het Beroepsgeheim.

Telkens een verslag van de geraadpleegde dienst bij de CLB-arts toekomt (via PINA-18, de school, de externe hulpverlener of van de leerling rechtstreeks), wordt dit beschouwd als eindpunt van de procedure.

Gespreid in dezelfde periode worden de niet-OKAN leerlingen van 1^{ste} en 3^{de} SO (zoals gebruikelijk) onderzocht. Bij de in deze populatie doorverwezen leerlingen wordt nadien een steekproef getrokken (cfr. 4.3.1.2).

Bij de verwezen OKAN leerlingen wordt een interventiestudie opgestart:

Bij 3 van de 4 scholen (SHGE, SIS2 en SMIQ) maakt CLB of school de namen van de verwezen leerlingen over aan PINA-18 indien na 4 weken nog geen verslag is toegekomen op het CLB. Naar deze groep zal verder verwezen worden als de “OKAN-interventie” populatie. Medewerkers van PINA-18 bevragen deze leerlingen (of hun familie) betreffende ervaren hindernissen in de toegang tot de gezondheidszorg, hun perceptie van de verwijzing, eerdere ervaringen met ons zorgsysteem, enz. (cfr. “Vragenlijst falende verwijzing” in bijlage).

Vervolgens wordt - tenzij i.g.v. weigering van de leerling of diens ouders - een trajectbegeleiding op maat gestart (gesprekken met de leerling, telefonisch contact met de ouders, huisbezoeken of visites aan betrokken diensten), tot de verwijzing succesvol is.

* Stedelijk Handelsinstituut Merksem, afdeling Generaal de Wetstraat

† Stedelijke Middenschool Quellinstraat

‡ Stedelijk Instituut voor Secundair Onderwijs 2, afdeling Marco Polo

§ Stedelijk Instituut voor Technisch Onderwijs 5, afdeling Notelaarstraat

Na afsluiten van de begeleiding of wetslagen van verwijzing wordt door PINA-18 bij deze leerlingen (of hun familie) gepeild naar ervaren van de trajectbegeleiding, en het effect ervan op hun toegang tot de gezondheidsdiensten (d.m.v. een "Opvolgvragenlijst", cfr. bijlage).

De 4de school (SIT-N) vormt de zgn. "OKAN-controle" populatie: hier spreekt het CLB-team de leerling aan, eveneens indien er na min. 4 weken nog geen bewijs is van geslaagde verwijzing. Het CLB-anker in de school tracht vervolgens de verwijzing te faciliteren, zoals ook buiten deze interventiestudie zou gedaan worden (d.i. de "gouden standaard" procedure). Ook hier wordt nadien een "Opvolgvragenlijst" afgenomen.

Om te kunnen evalueren of doorverwijzing bij de OKAN-populatie anders verloopt dan bij andere leerlingen, werd een bijkomende controlegroep van (niet-OKAN) leerlingen gevolgd.

Op deze wijze worden datasets bekomen voor 3 populaties: een OKAN-interventie populatie, een OKAN-controle populatie en een niet-OKAN controlepopulatie. Deze datasets bevatten gegevens uit

- het multidisciplinair CLB-dossier met verslag van het medisch onderzoek van de OKAN'ers, m.i.v. verwijzingen
- een vragenlijst afgenomen bij de verwezen OKAN-leerlingen indien na één maand nog geen geslaagde verwijzing plaatsvond; deze vragenlijst werd eveneens gebruikt in de niet-OKAN controlepopulatie
- een opvolgvragenlijst, afgenomen bij de verwezen OKAN-leerlingen na afsluiting van een trajectbegeleiding of bij geslaagde doorverwijzing
- een logboek met registratie van de door PINA-18 of CLB ondernomen acties in de begeleidingen
- het multidisciplinair CLB-dossier met verslag van het medisch onderzoek van een steekproef van 50 niet OKAN-leerlingen uit 1^{ste} en 3^{de} SO, m.i.v. verwijzingen

Het schema in bijlage geeft de aantallen leerlingen weer waarvan data verkregen werden.

4.2.2.2 Selectie van de onderzochte populaties

Voor w.b. de OKAN-groep gaat het om de volledige populatie te onderzoeken leerlingen. Er werd om praktische redenen besloten de selectie van de OKAN-interventie en de OKAN-controle populatie, te laten samenvallen met gehele scholen, eerder dan dit gerandomiseerd op te delen. Dit houdt een risico op selectiebias in: zijn de leerlingen wel at-random verspreid over de verschillende scholen? Of kunnen hier selectiemechanismen een rol spelen, die onafhankelijk van de interventie de resultaten van de studie zouden kunnen beïnvloeden? Deze werkwijze bleek evenwel de enige werkbare, en de enige die voor alle betrokken partijen aanvaardbaar was. Er wordt getracht door vergelijking van de populaties voor een aantal sleutelvariabelen een idee te krijgen van het belang van deze bias.

De beschrijving van de populaties in 4.3.1 toont aan dat dit vergelijkbare populaties zijn voor w.b. leeftijd, geslacht, verblijfsstatuut, ziektekostenverzekering enz.

Om de vlotheid van doorverwijzing bij de OKAN-populatie te kunnen beoordelen, werd ter vergelijking een controlegroep gecreëerd, bestaande uit een (naar leeftijd *matched pairs*) steekproef van (niet-OKAN) leerlingen uit 1^{ste} en 3^{de} secundair die verwezen werden n.a.v. het medisch onderzoek. Bij de samenstelling van deze groep werd met de doorverwezen OKAN'ers gematched naar leeftijd, er van uitgaande dat dit gegeven anders een belangrijke confounder zou kunnen vormen: men kan veronderstellen dat de meegegeven boodschap bij een preventief medisch consult een impact heeft die mede bepaald wordt door de leeftijd van de onderzochte leerling, en dat dus de leeftijd op zich de gemeten vlotheid van verwijzing mee bepaalt. Er werd niet gematched naar geslacht; de steekproef vertoont evenwel *grosso modo* een gelijkaardige man-vrouw verdeling als die welke men vindt in de verwezen OKAN-populatie.

4.2.2.3 Verwerking van de resultaten

De gegevens uit de bovenvermelde datasets werden in Excel-spreadsheets ingevoerd en verwerkt. De gegevens werden samengevat en gepresenteerd door middel van Excel draaitabellen en draaigrafieken. Omwille van de erg kleine aantallen werd slechts een beperkte statistische verwerking uitgevoerd, eveneens in Excel.

Uitgesproken conclusies kunnen van onderzoek op deze schaal niet verwacht worden.

De verwachting is veeleer dat door trends die uit deze resultaten naar voren komen, richting kan gegeven worden aan nieuw en grootschaliger onderzoek.

4.2.2.4 Verlies voor opvolging

Men kan zich aan een groot verlies voor opvolging verwachten bij een studie uitgevoerd op een populatie van anderstalige nieuwkomers, waaronder bovendien velen met (semi-)illegale verblijfsstatuten. Het risico hierop werd nog vergroot door de samenwerking met meerdere externe betrokkenen (PINA-18 en de leerkrachten van 3 verschillende scholen). Een dergelijke studie lopend over meer dan één schooljaar zou, wegens het grote verloop binnen het OKAN-onderwijs, nagenoeg onmogelijk zijn.

Al bij al viel dit in deze studie nog mee.

De opvolging van volgende leerlingen werd noodgedwongen gestaakt:

- Eén Ecuadoriaans illegaal meisje raakte vermist, en dit feit werd door de jeugdbrigade van politie beschouwd als een "onrustwekkende verdwijning". Dit gebeurde in de loop van een begeleiding door PINA-18, o.w.v. een niet succesvolle verwijzing naar de oogarts.
- Eén Somalisch meisje met onbekend statuut werd uitgeschreven nog voor een begeleiding kon opgestart worden. Ze was naar de huisarts verwezen; het is niet bekend of ze daar ooit raakte.
- Bij één Turkse jongen met oranje kaart werd de opvolging gestaakt in de loop van een begeleiding door het CLB o.w.v. een moeilijk lopende verwijzing naar de tandarts.

Bovendien bleken nogal wat gegevenssets bij afsluiten van de studie onvolledig.

- Bij 3 leerlingen werd (tegen protocol) geen begeleiding opgestart
 - Bij 2 leerlingen was slechts 1 van 2 verwijzingen OK.
 - Bij één leerling was geen van beide verwijzingen OK.
- Bij dezelfde 3 leerlingen werd de eerste vragenlijst niet afgenomen.
- Bij 13 leerlingen werd ondanks een opgestarte begeleiding de tweede vragenlijst niet afgenomen.
 - De 3 leerlingen waarbij tegen protocol geen begeleiding werd opgestart.
 - En 10 leerlingen waar een extra contact voor de opvolgvragenlijst niet haalbaar bleek.
- Bij 7 leerlingen ontbrak informatie over het al dan niet slagen van de verwijzing en werden de vragenlijsten niet afgenomen.

4.2.2.5 Ethische evaluatie

In deze studie worden in essentie dezelfde gegevens ingezameld als die welke het CLB anders ook in het multidisciplinaire leerlingdossier zou (moeten) bijhouden. Er werd dan ook besloten het onderzoeksprotocol niet aan een universitaire Ethische Commissie ter goedkeuring voor te leggen. Er is nooit risico geweest op een inbreuk op het beroepsgeheim, vermits de externe betrokkenen (PINA-18, school) géén informatie van het CLB krijgen die onder de bepalingen van het beroepsgeheim valt. Het staat de OKAN-leerlingen vrij al dan niet een tussenkomst van PINA-18 te aanvaarden. Indien ze dit doen, bepalen ze zelf welke informatie ze hierbij wensen vrij te geven. De gebruikelijke werkwijze van PINA-18 wordt op dit vlak tenandere niet beïnvloed door het onderzoeksprotocol.

Bij de weergave van de resultaten van het onderzoek worden nooit gegevens op naam vermeld.

4.3 Bespreking van de resultaten

4.3.1 Beschrijving van de populaties in het onderzoek

4.3.1.1 De OKAN-populatie in het Antwerpse stedelijk onderwijs (onderzoeksvragen 1 en 2)

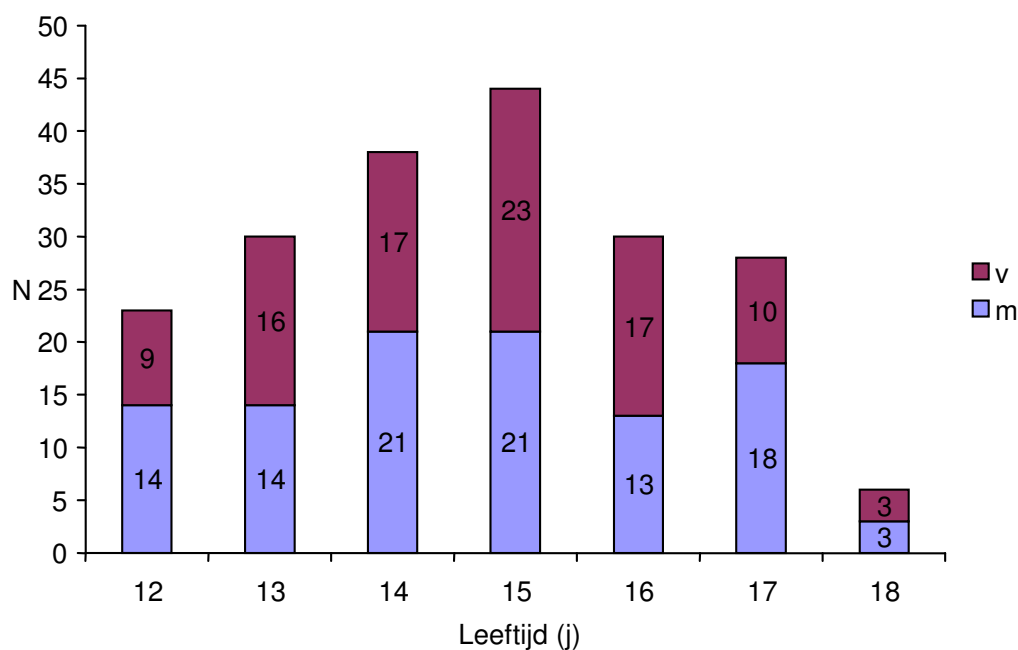
Gegevens van de volledige (onderzochte) OKAN-groep werden gebruikt (voor de definitie van een OKAN leerling: cfr. 4.1.2.2). Het is in het Antwerpse Stedelijk CLB gangbaar de volledige OKAN groep voor een preventief medisch onderzoek uit te nodigen. Er werden uiteindelijk 199 leerlingen onderzocht.

De gemiddelde leeftijd van de OKAN'ers in 2004-2005 bedraagt 14 jaar en 7 maanden; in SIT-N is dit 15j 1m en in de drie overige scholen 14j 6m. Als gevolg van de wettelijke

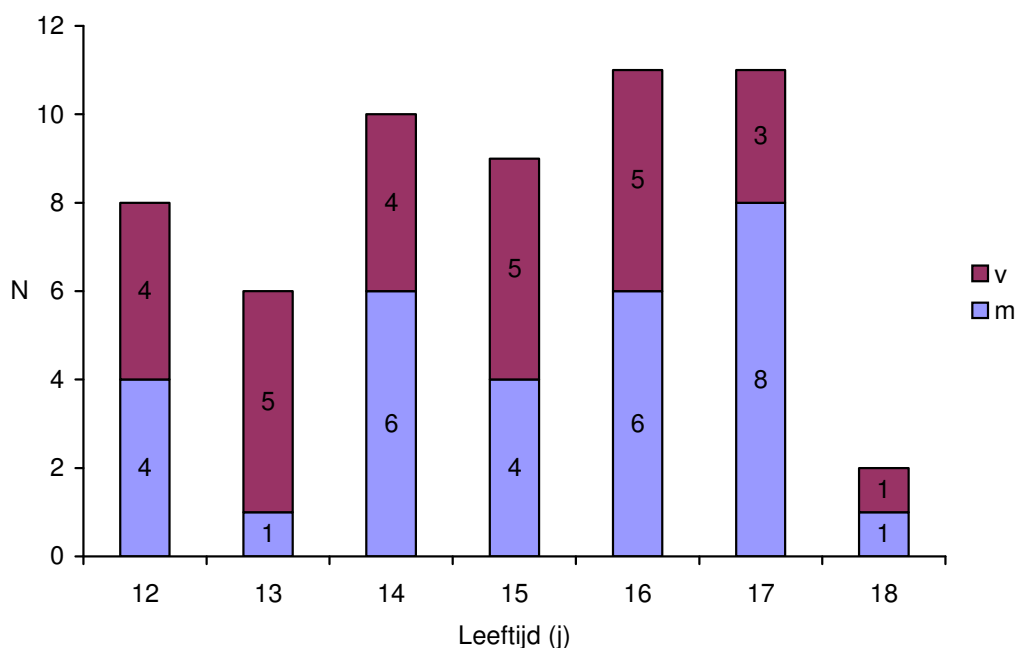
voorwaarden voor inschrijving in een OKAN-klas is de minimumleeftijd 12 jaar en de maximumleeftijd ruim 18 jaar.

De populatie telt iets meer jongens (N=104) dan meisjes (N=95).

Figuur 6 en Figuur 7 geven de verdeling naar leeftijd en geslacht van resp. de gehele OKAN populatie, en de OKAN'ers die aansluitend op het medisch onderzoek werden doorverwezen. De gemiddelde leeftijd van de doorverwezen OKAN'ers bedraagt 14 jaar en 11 maanden. Ook hier zijn iets meer jongens (N=30) dan meisjes (N=27). Leerlingen waarvan achteraf onvoldoende gegevens beschikbaar bleken om vergelijking met de niet-OKAN controlepopulatie toe te laten (N=7), werden niet in Figuur 7 opgenomen, wel in Figuur 6. Deze leerlingen werden uit de verdere analyse van de verwezen OKAN populaties geweerd.



Figuur 6 Leeftijd en geslacht van de OKAN leerlingen (gehele populatie, interventie én controlegroep; N=199)



Figuur 7 Leeftijd en geslacht van de verwezen OKAN leerlingen (interventie én controlegroep; N=57)

Tabel 2 geeft de landen van herkomst van de OKAN'ers, waaruit vooral het grote aandeel van Marokkaanse (N=46) en Turkse leerlingen (N=20) in de OKAN klassen blijkt (tezamen bijna één derde). Als men evenwel alle landen van het voormalige Oostblok tezamen neemt, levert deze regio een vergelijkbaar aandeel (64 op 199) van de OKAN'ers. Wat nog opvalt is het relatief groot aantal Somaliërs (N=13), Pakistanen (N=6) en Ecuadorianen (N=6) in de populatie.

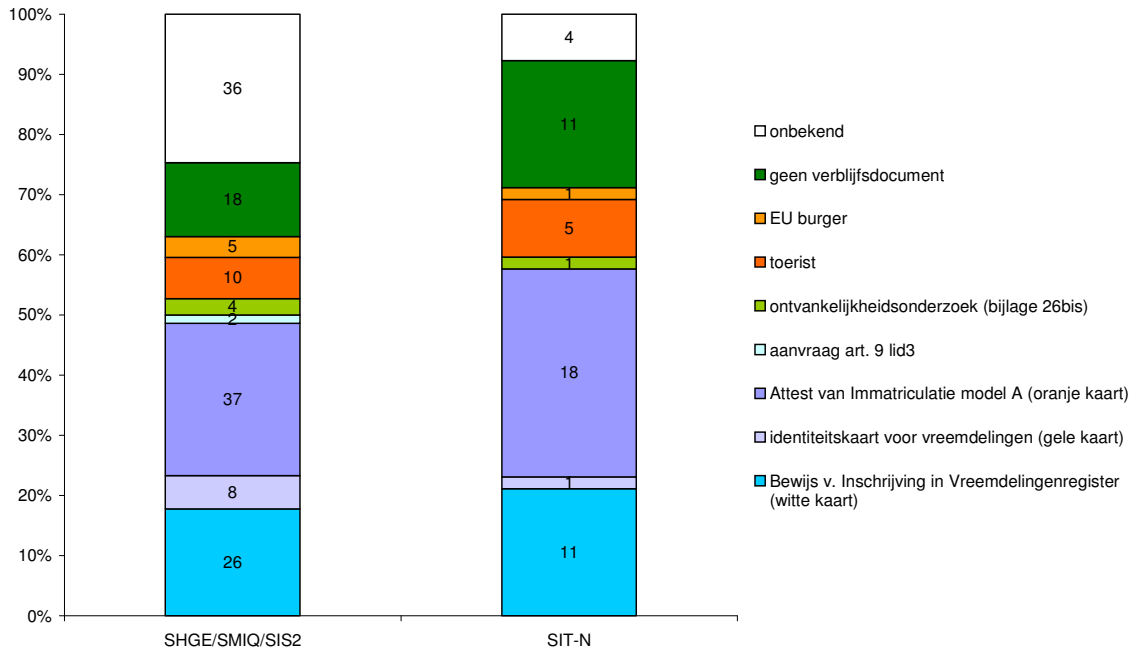
OKAN-interventie en controle populaties werden met elkaar vergeleken w.b. landen van herkomst, en hier valt vooral op dat in de controlepopulatie een groter aandeel leerlingen uit voormalige Oostbloklanden zit (25 op 52 t.o.v. 39 op 147).

Dit wordt gecompenseerd door een groter aantal Afrikaanse en Aziatische leerlingen in de OKAN-interventiescholen.

Marokkaanse nieuwkomers maken in interventie- en controle OKAN groep een gelijkaardig deel uit (resp. 36 op 147 en 10 op 52) en dit geldt ook voor Turkse leerlingen (resp. 16 op 147 en 4 op 52).

HERKOMST VAN DE OKAN'ERS – GEHELE POPULATIE					
	Totale Pop.	Verwezen		Totale Pop.	Verwezen
Marokko	46	12	Georgië	2	0
Turkije	20	4	India	2	0
Somalië	13	9	Iran	2	1
Tsjetsjenië	12	3	Kaap Verdië	2	0
Polen	12	4	Nigeria	2	0
Ecuador	6	4	Senegal	2	1
Pakistan	6	4	Spanje	2	0
Ghana	5	2	Afghanistan	1	0
China	4	1	Brazilië	1	0
Joegoslavië	4	1	Burundi	1	0
Kosovo	7	3	Chili	1	0
Macedonië	7	5	Dom. Republiek	1	0
Oekraïne	4	1	Duitsland	1	0
Roemenië	4	2	Filippijnen	1	0
Angola	3	2	Griekenland	1	0
Bosnië	3	1	Hongarije	1	0
Bulgarije	3	0	Liberia	1	1
Portugal	3	1	Nederland	1	0
Albanië	2	0	Slowakije	1	1
Armenië	2	0	Togo	1	0
Bangladesh	2	0	Tunesië	1	0
Kongo	2	1	Zambia	1	0

Tabel 2 Land van herkomst van de OKAN'ers in het Antwerps Stedelijk SO (N=199)

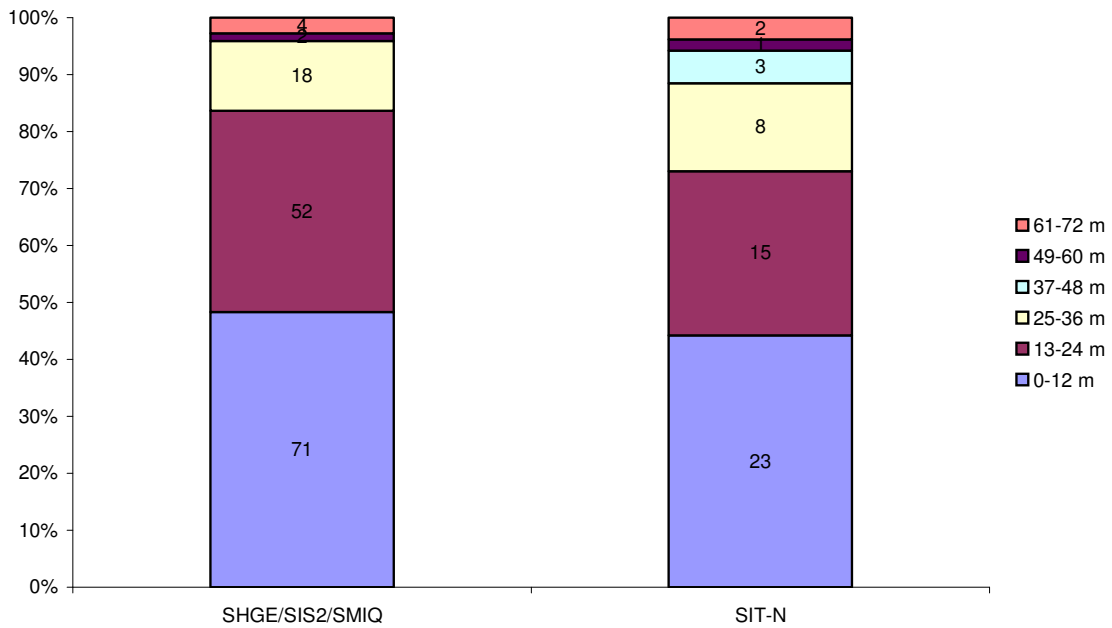


Figuur 8 Verblifsstatuut van de leerlingen in de OKAN populatie (N=199)

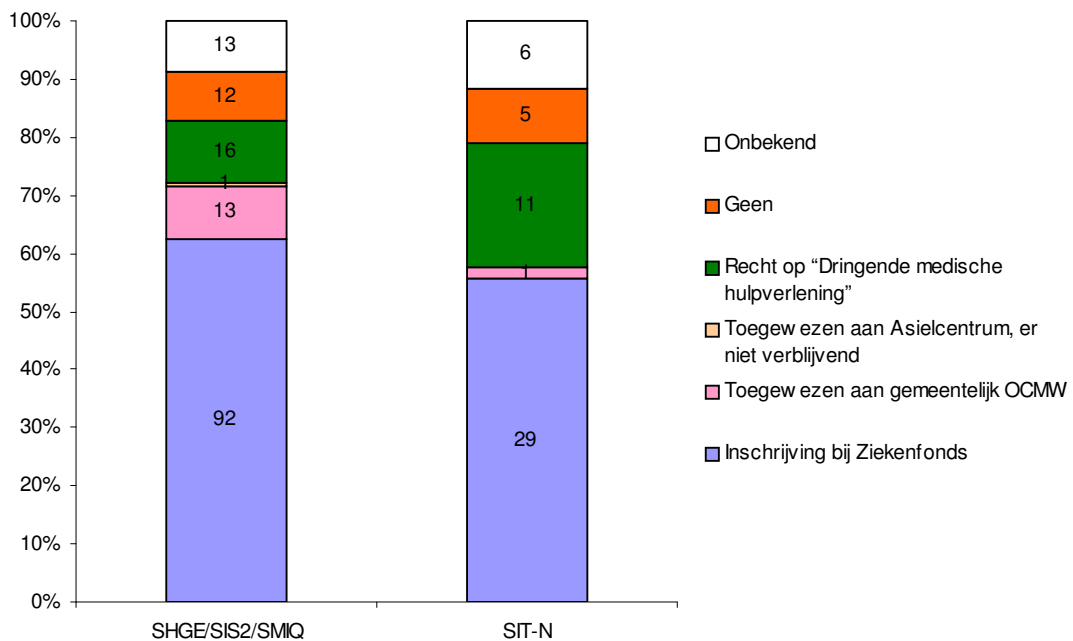
Een overzicht van de verblijfsstatuten van de leerlingen in de OKAN populatie wordt gegeven in Figuur 8. Van een aantal leerlingen was op het moment van het medisch onderzoek het verblijfsstatuut niet te achterhalen, wat grote problemen stelt bij de doorverwijzing. Men dient immers te weten onder welke terugbetalingsregeling een leerling valt, om onnodig hoge kosten ten laste van het gezin te voorkomen. Vermoedelijk gaat het in een aantal gevallen om angst om informatie betreffende het (illegale?) statuut prijs te geven. Het is dan ook van het grootste belang tijdens het onderzoek de leerling zo snel mogelijk duidelijk te maken waarom men deze informatie nodig heeft en dat het vrijgeven zonder risico is, zelfs in geval van illegaal verblijf. Zeker als men met dit gegeven rekening houdt, zijn ook op dit vlak de controle en interventie OKAN populaties zeer vergelijkbaar.

Dit geldt eveneens voor wat betreft de duur van hun verblijf in België, zoals Figuur 9 aantoont. Wat bij deze figuur ook nog opvalt is het aanzienlijk aantal leerlingen dat reeds langer dan 2 jaar in België verblijft. Dit lijkt ongewoon voor een systeem van "onthaal" klassen. Een mogelijke verklaring hiervoor wordt gegeven bij de bespreking van de verblijfsstatuten in functie van de verblijfsduur van de OKAN'ers (cfr. Figuur 11).

De gemiddelde verblijfsduur in België bedraagt 15 maanden (mediaan 13 m), met een minimum van 17 dagen en een maximum van 62 maanden.



Figuur 9 Verblifsduur (m) in België in de OKAN populatie (N=199)



Figuur 10 Verzekeraarheid tegen ziektekosten in de OKAN populatie (N=199)

Figuur 10 geeft aan op welke wijze de leerlingen uit de OKAN populatie beroep kunnen doen op terugbetaling van medische kosten. Hieruit blijkt dat ongeveer 2/3^{de} van de OKAN

populatie ingeschreven is bij een ziekenfonds, maar ook dat bijna 1 op 10 geen enkele tussenkomst voor medische kosten geniet.

Deze figuur illustreert eveneens dat de OKAN interventie- en controlepopulaties goed vergelijkbaar zijn w.b. verzekeraarbaarheid van medische kosten, met uitzondering van een groter aandeel leerlingen zonder enig verblijfsdocument (die beroep kunnen doen op de regeling betreffende “Dringende Medische Hulp”) in SIT-N, en in de OKAN-interventie populatie een groter aandeel leerlingen waarbij een toegewezen gemeentelijk OCMW instaat voor terugbetaling van medische kosten.

Wat opvalt als men Figuur 8 en Figuur 10 vergelijkt, is het kleiner aantal onbekenden als het gaat over ziektekostenverzekering. Van een aantal leerlingen kon immers wel achterhaald worden dat ze een SIS-kaart hadden, of zonder ziekenfonds toegewezen waren aan een gemeentelijk OCMW, maar bleef het onderliggende verblijfsstatuut ongekend.

De grootste financiële drempels voor toegang tot gezondheidszorg kan men verwachten bij de groep die het label “Geen” kreeg. Dit zijn leerlingen die omwille van burgerschap van een EU staat, of een geldig toeristenvisum, op géén enkele wijze aanspraak kunnen maken op terugbetaling van medische kosten.

Toewijzing aan een gemeentelijk OCMW, zonder dat dit OCMW voor de nieuwkomer een inschrijving bij een ziekenfonds regelt, blijkt in de praktijk ook een moeilijk statuut.

Dit, en de problematiek van de toepassing van het K.B. betreffende “Dringende Medische Hulp...” voor mensen zonder wettig verblijfsdocument, werd reeds in het vorige hoofdstuk aangehaald.

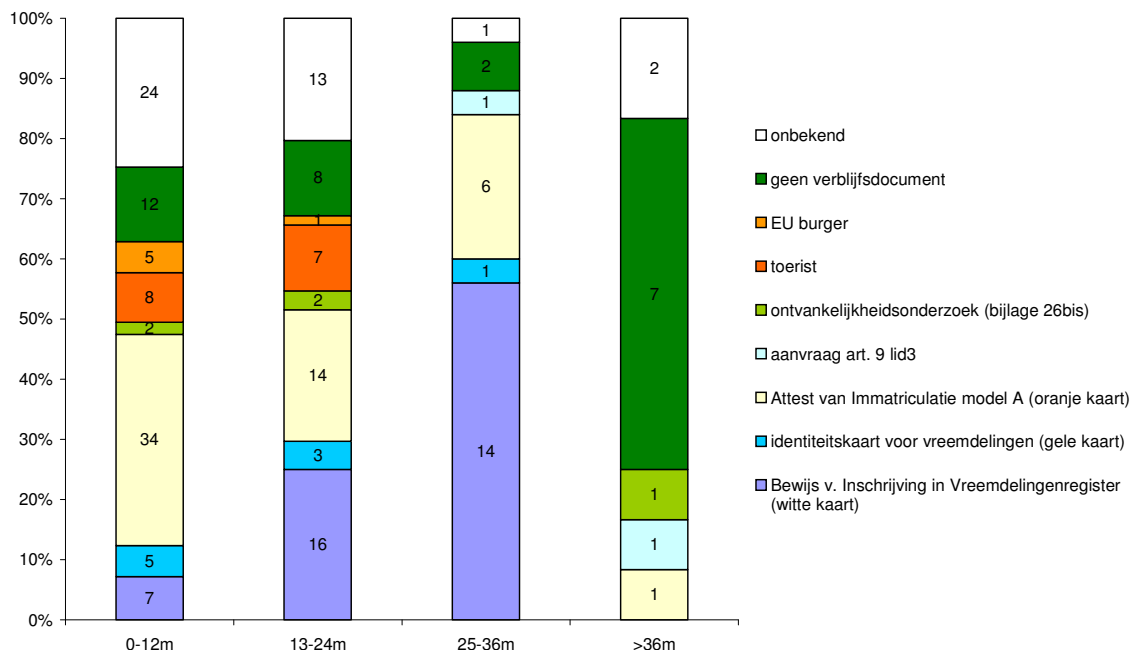
Als men de redenen van doorverwijzing (die onrechtstreeks een indicatie geven van de ervaren dringendheid) vergelijkt tussen OKAN interventie- en controlepopulaties, dan blijkt dat in SIT-N iets meer doorverwezen werd voor ophthalmologische en tandheelkundige problemen dan in de 3 andere scholen (10 op 13 gedocumenteerde verwijzingen, versus 32 op 52 verwijzingen)

Figuur 11 toont het verband tussen verblijfsstatuut en duur van het verblijf in België. Hier ziet men dat met de lengte van verblijf, het aandeel leerlingen met een gunstiger verblijfsstatuut (i.c. Bewijs van Inschrijving in het Vreemdelingenregister, een zgn. “witte kaart”) toeneemt.

In schijnbare tegenstelling daarmee ziet men de ongunstige statuten bij de 12 leerlingen die langer dan 3 jaar in België verblijven.* Hiervan kunnen 9 uitsluitend aanspraak maken op terugbetaling van medische kosten in het kader van DMH. Bij 2 van hen is niets geweten over hun statuut. Deze ongunstige statuten zijn minder vreemd dan het lijkt: men mag aannemen dat wie op een legale wijze België binnenkomt, binnen een beperkte tijd zijn weg

* Gezien de kleine aantallen valt hieraan uiteraard maar beperkt belang toe te kennen

heeft gevonden in het onderwijs. Rekening houdend met het feit dat men geen 2 volledige OKAN-jaren kan volgen, zullen nog weinig legale verblijvers gevonden worden in het OKAN-onderwijs, die langer dan 3 jaar in België aanwezig zijn. Deze populatie is dan normaal reeds doorgestroomd naar het reguliere secundaire onderwijs.



Figuur 11 Evolutie van verblijfsstatuten in functie van verblijfsduur in België (N=199)

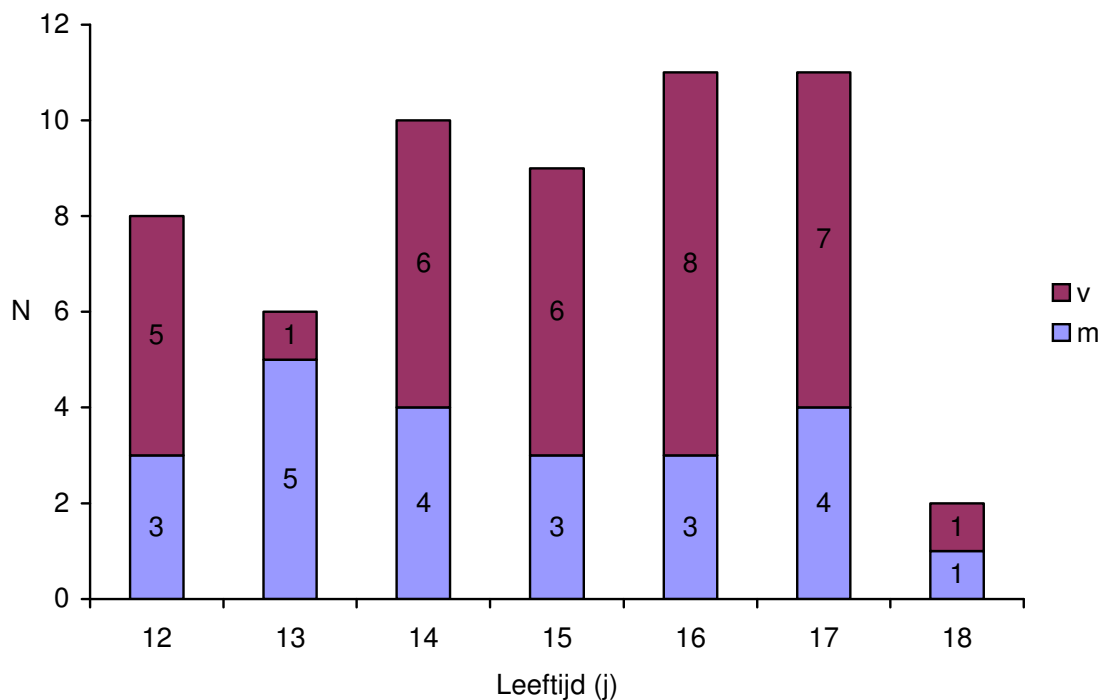
4.3.1.2 De niet-OKAN controlegroep

Deze groep werd samengesteld door het maken van een steekproef die bestaat uit naar leeftijd met de verwezen OKAN'ers gematchte paren (Figuur 12). De verwezen OKAN'ers waarvan onvoldoende informatie beschikbaar was betreffende het verloop van hun verwijzing, werden ook hier buiten beschouwing gelaten.

De niet-OKAN controlegroep wordt gekenmerkt door een kleiner aantal jongens (N=23) t.o.v. meisjes (N=34), in vergelijking met de OKAN-populaties.

Bij deze groep blijkt dat toch nog 13 van de 57 leerlingen niet van Belgische herkomst is; het betreft hier vaak ex-OKAN'ers. De landen van herkomst zijn weergegeven in Tabel 3.

De situatie van de leerlingen uit de niet-OKAN controlegroep is op het vlak van ziektekostenverzekering evenwel veel gunstiger (cfr. Tabel 4): slechts één leerling komt voor geen enkele terugbetaling in aanmerking (m.n. een 17-jarig Portugees meisje). Eén leerling kan o.w.v. haar illegaal verblijfsstatuut beroep doen op DMH. Alle overige leerlingen zijn ingeschreven bij een ziekenfonds (54 in België, één bij een particulier ziekenfonds in Nederland dat medische kosten in België dekt).



Figuur 12 Leeftijd en geslacht van de niet-OKAN (controle)populatie (N=57)

HERKOMST Niet-OKAN populatie			
	N		N
België	44	Libanon	1
Afghanistan	2	Macedonië	1
Nederland	2	Marokko	1
Ecuador	1	Portugal	1
Filippijnen	1	Rusland	1
Kosovo	1	Turkije	1

Tabel 3 Land van herkomst van de verwezen niet-OKAN populatie (N=57)

VERZEKERING ZIEKTEKOSTEN Niet-OKAN populatie	N
Inschrijving bij Ziekenfonds	55
Rechthebbende op "Dringende medische hulpverlening"	1
Geen	1
<i>Eindtotaal</i>	<i>57</i>

Tabel 4 Ziekteverzekering van de niet-OKAN controlegroep (N=57)

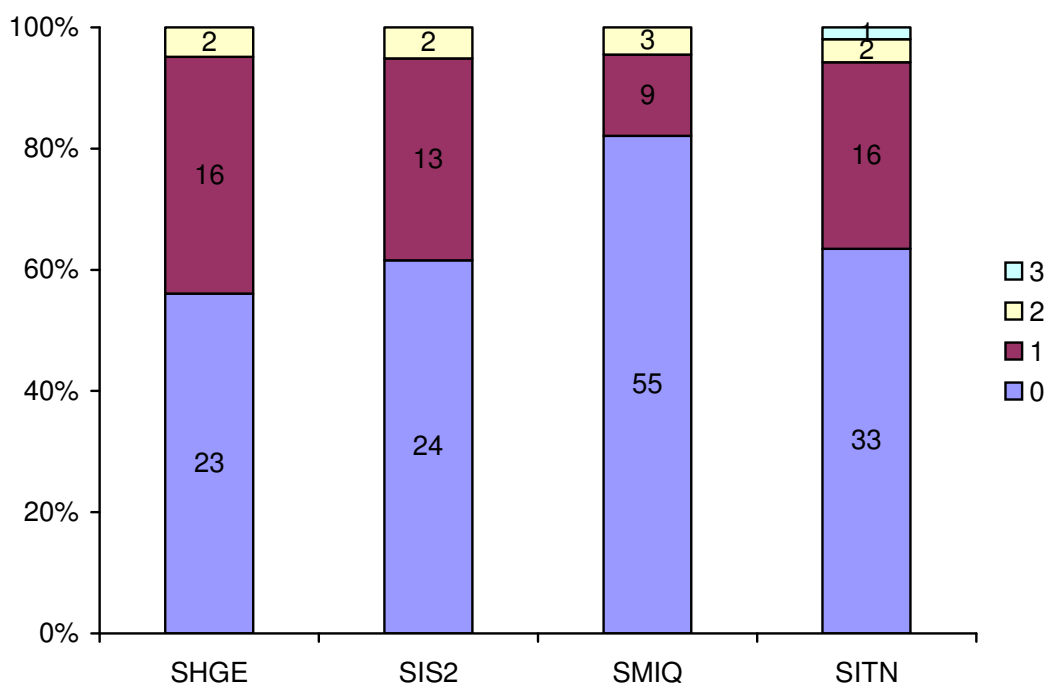
4.3.2 Doorverwijzingen na het preventief medisch onderzoek

Nagenoeg één derde van de onderzochte OKAN leerlingen (N= 64 op een totaal van 199) wordt na het medisch onderzoek doorverwezen (Figuur 13). Voor SHGE ligt dit aandeel wat hoger (18 op 41), voor SMIQ wat lager (12 op 67).

Het aandeel doorverwezen OKAN'ers in de *gehele* interventie- en de controlegroep is evenwel vergelijkbaar (resp. 45 op 147 en 19 op 52).

Dit verwijzingspercentage ligt lager dan gewoonlijk gezien wordt bij de niet-OKAN populatie, waar bij een eerdere registratie afhankelijk van de graad 52,2 % (1^{ste} SO) tot 57,6% (3de SO) werd doorverwezen. Mogelijke verklaringen voor dit verschil zitten o.a. in de kwaliteit van de anamnese (door verschillen in mondigheid en taalvaardigheid), de mate waarin een verwijzing a priori als haalbaar wordt ingeschat door de arts en leerling, en – zeker voor wat betreft de verwijzingen om psychosociale redenen – de mate waarin problemen als prioritair ervaren worden.

Bij 9 van de 64 doorverwezen OKAN-leerlingen betrof het een dubbele verwijzing; één maal zelfs een 3-voudige.



Figuur 13 Aantal doorverwezen leerlingen, per school (N=199)

In totaal werden m.a.w. 75 verwijzingen geschreven bij 64 verwezen OKAN-leerlingen. De verwijzingen gebeurden naar de tandarts (N=27), de oogarts (N=22), de huisarts (N=10), de neuroloog (N=3), de NKO-arts (N=3), de consultatie van Artsen Zonder Grenzen (N=4), de dermatoloog (N=1), de gastro-enteroloog (N=1) en de pediater (N=1).

Bij meervoudige verwijzing betrof de tweede meestal een probleem van cariës (N=7) en/of verminderde visus (N=5), behalve bij 2 leerlingen (dermatoloog+gastro-enteroloog en neuroloog+NKO-arts).

Verwijzingen om tandheelkundige redenen gebeuren opvallend vaker bij OKAN'ers (27 op 75 verwijzingen) dan bij niet-OKAN'ers (9 op 67 verwijzingen); dit bevestigt een trend die reeds eerder bij registratie van de verwijzingen werd vastgesteld*.

Bij 3 leerlingen (op 202) vindt nooit een onderzoek plaats: 2 blijven bij herhaling afwezig; één moslim meisje (17j) weigert medewerking aan het onderzoek door de mannelijke arts. Deze leerlingen worden uitgesloten van verdere verwerking.

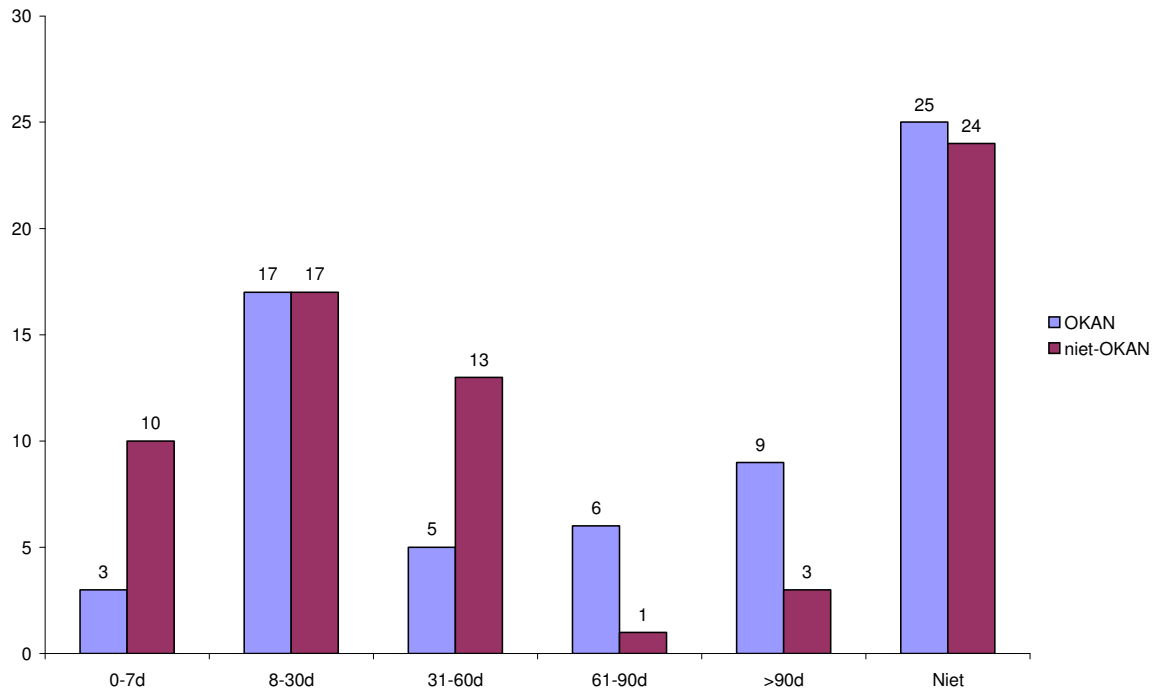
4.3.3 Verloop van de doorverwijzingen (onderzoeksvraag 3)

Een aanzienlijk deel van de doorverwijzingen blijkt bij afsluiten van de studie niet te hebben plaatsgehad (Tabel 5). De verwezen OKAN'ers waarvan onvoldoende informatie beschikbaar was betreffende het verloop van hun verwijzing, werden hier buiten beschouwing gelaten.

INTERVAL VERWIJZING-CONSULT	OKAN verwijzingen (N=65)	Niet-OKAN verwijzingen (N=68)
gemiddelde t (d)	52	39
min t (d)	2	1
max t (d)	155	260
mediaan t (d)	25	27
# < 30 d tot consult	21	25
#> 30 d tot consult	20	18
# geen consult	24	22
Lost to follow-up	1	0

Tabel 5 Verloop van verwijzing bij OKAN en niet-OKAN leerlingen

* In het schooljaar 2002-2003 werden de verwijzingen bij OKAN en niet-OKAN leerlingen geregistreerd. Bij 18,7% van de onderzochte OKAN'ers een verwijzing geschreven naar de tandarts. Bij de leerlingen van 1SO bedroeg dit 13,5%, bij leerlingen van 3SO slechts 7,9%.



Figuur 14 Tijd tot geslaagde verwijzing bij OKAN (N=65) en niet-OKAN populatie (N=68)

De mate waarin géén gevolg gegeven wordt aan een doorverwijzing, blijkt nagenoeg niet te verschillen tussen de OKAN-populatie en de niet-OKAN controlegroep (resp. 25 van de 65 verwijzingen vs. 24 van de 68 in de controlegroep), zoals blijkt uit Tabel 5.

Voor die verwijzingen die wél plaats vonden, is de *gemiddelde* tijd tot consultatie langer bij de OKAN- dan bij de niet-OKAN populatie (52 vs. 39 dagen).

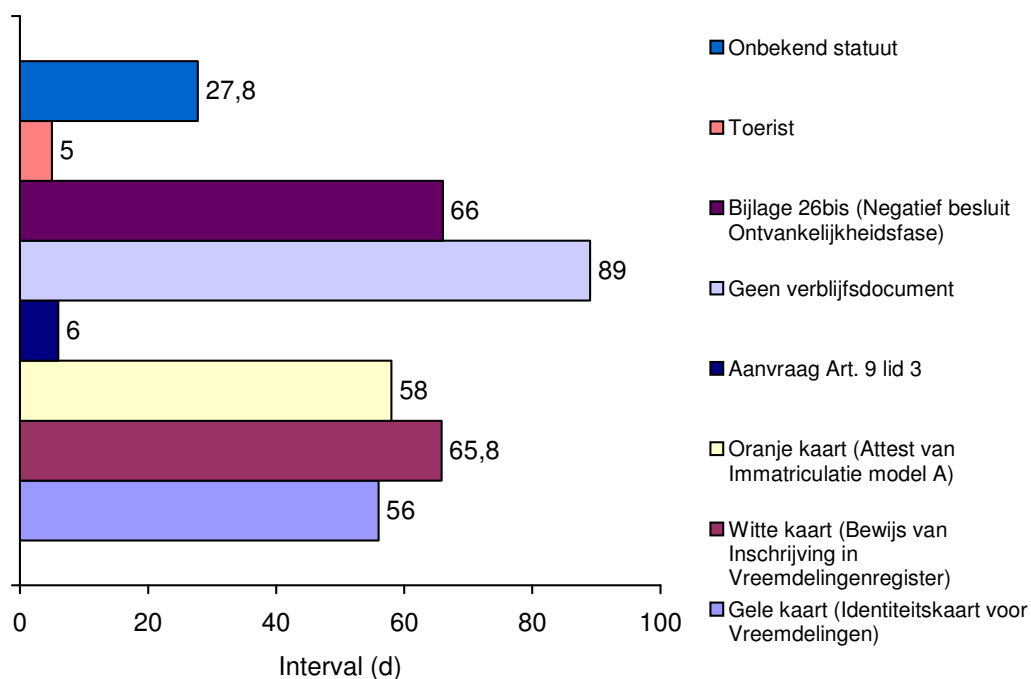
De mediaan (die nauwelijks verschilt tussen beide populaties) geeft hier evenwel een juist beeld: bij de OKAN verwijzingen komt een groter aandeel extreem lange intervals voor, die uiteindelijk toch nog gevolgd worden door een raadpleging.

De *aard van de verwijzing* blijkt belangrijk in het bepalen van het al dan niet slagen. In de overgrote meerderheid van de mislukte verwijzingen gaat het om verwijzingen voor tandheelkundige verzorging, of visusproblemen (Tabel 6), een trend die ook terug te vinden is bij de niet-OKAN'ers. Grosso modo de helft van de tandartsverwijzingen loopt mis, en één derde van de verwijzingen voor visusproblemen. Voor alle andere verwijzingen tezamen is dit ong. één op 4 verwijzingen.

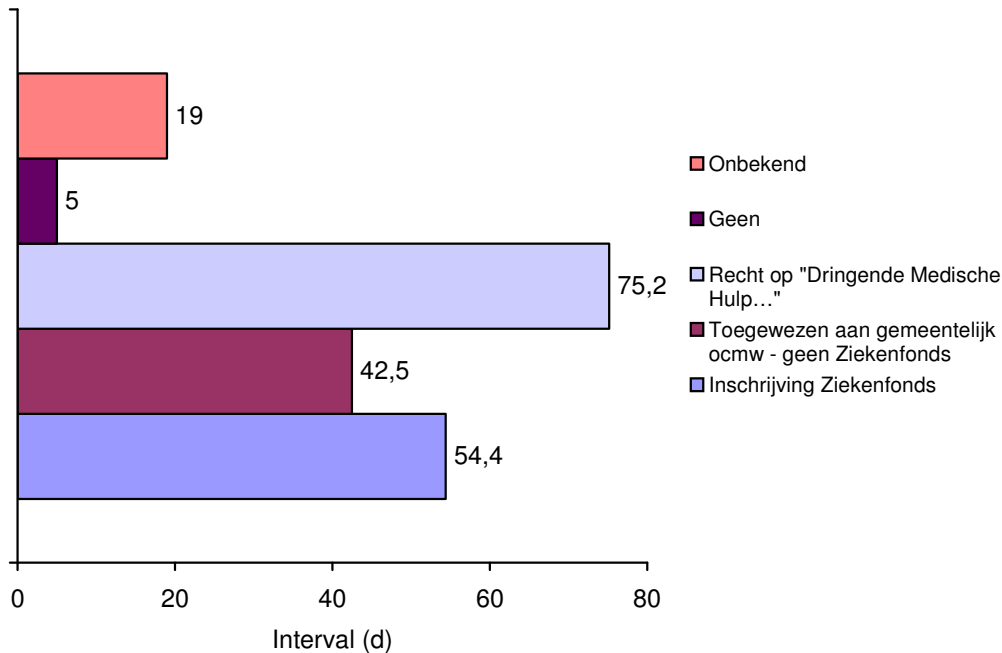
De redenen die de leerlingen zelf vermelden als verklaring voor het laat of niet consulteren zijn verderop weergegeven in Tabel 7.

VERLOOP VAN DE VERWIJZINGEN BIJ OKAN'ERS, PER DISCIPLINE							
DISCIPLINE	SHGE/SIS2/SMIQ		SIT-N		niet-OKAN		Eindtotaal
	Totaal	Mislukt	Totaal	Mislukt	Totaal	Mislukt	
AZG	2	1	0	0	0	0	2
cardioloog	2	0	0	0	1	1	3
dermatoloog	1	0	1	0	0	0	2
gastro-enteroloog	1	1	0	0	0	0	1
huisarts	10	1	0	0	37	10	47
neuroloog	2	1	1	0	0	0	3
NKO	1	0	1	1	1	0	3
oogarts	16	6	3	0	20	8	39
pediater	1	0	0	0	0	0	1
tandarts	16	8	7	6	9	5	32
<i>Eindtotaal</i>	<i>52</i>	<i>18</i>	<i>13</i>	<i>7</i>	<i>68</i>	<i>24</i>	<i>133</i>

Tabel 6 Aard van de mislukte verwijzingen, per specialisme



Figuur 15 Verblijfsstatuut en gemiddeld interval tussen verwijzing en consult bij verwezen OKAN'ers

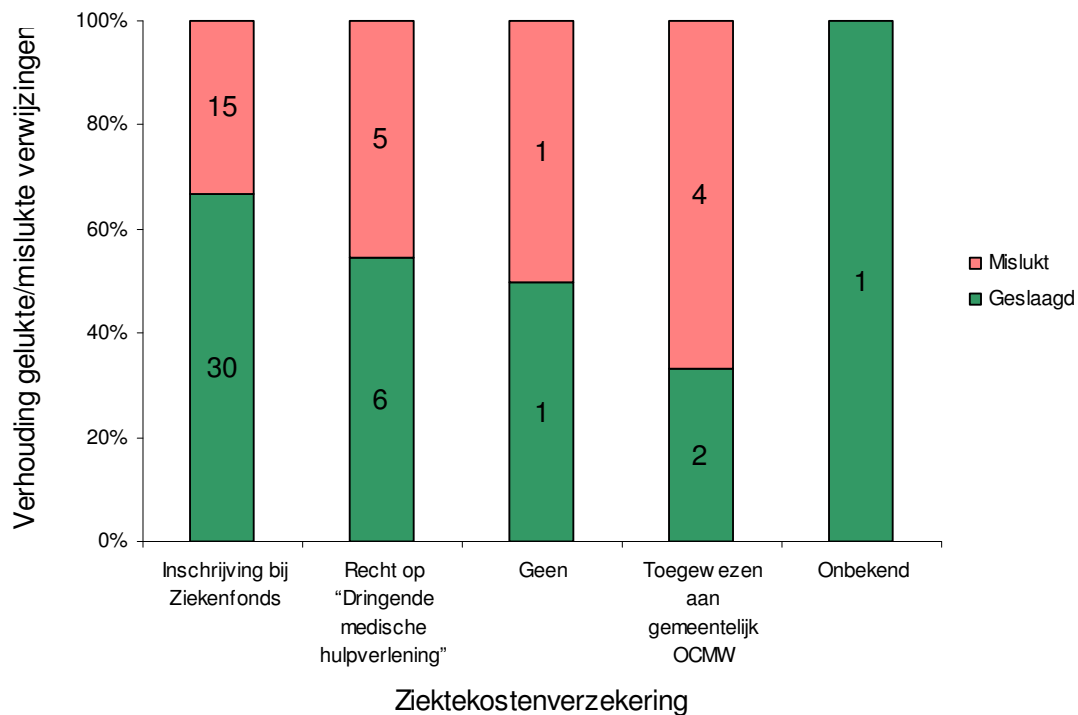


Figuur 16 Ziektekostenverzekering en gemiddeld interval tussen verwijzing en consult bij verwezen OKAN'ers (N=65)

Uit Figuur 15 blijkt dat de tijd tussen CLB-verwijzing en consultatie het langst is bij de leerlingen zonder geldige *verblijfspapieren*, wat wordt bevestigd in Figuur 16. Deze gegevens slaan uitsluitend op de leerlingen waar de consultatie uiteindelijk wél plaatsvond.

De verhouding tussen aantal geslaagde en mislukte verwijzingen loopt hier evenwel gelijk mee, zoals Figuur 17 aantoont. De aantallen waarover dit onderzoek gaat zijn uiteraard te klein om hier statistisch sterke uitspraken over te doen, maar het zou zinvol zijn deze trends te onderzoeken in een grootschaliger opgezette studie. Hun belang voor zowel individuele preventie als volksgezondheid is immers duidelijk. Als zou blijken dat een toewijzing aan een gemeentelijk OCMW inderdaad een grotere hinder voor toegankelijkheid tot medische zorgen inhoudt* dan een volkomen illegaal statuut (met toepassing van DMH), dan dient daar op niveau van het beleid een oplossing voor gezocht te worden.

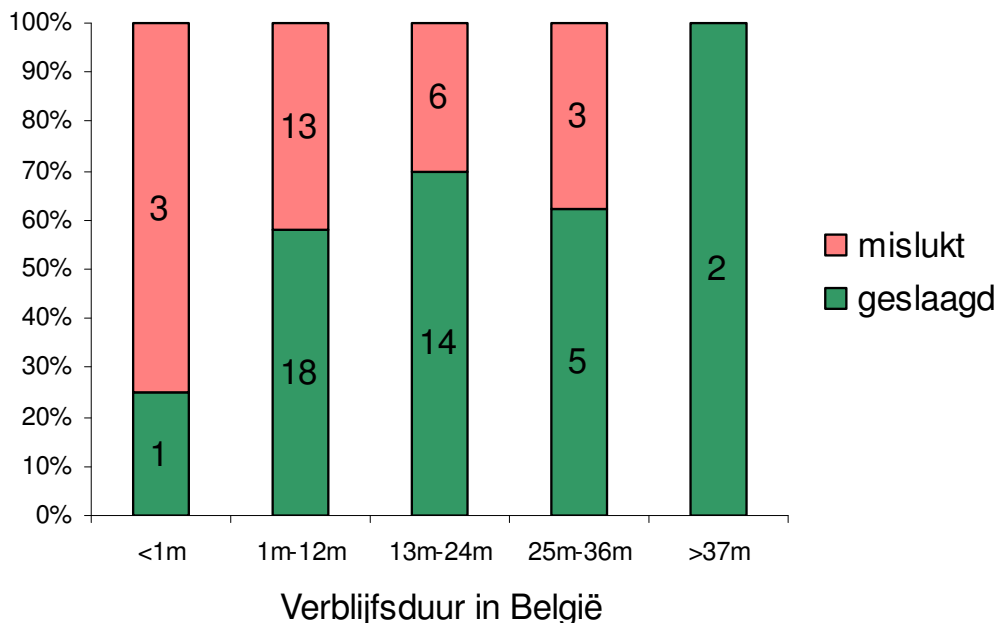
* Bij OKAN'ers toegewezen aan een gemeentelijk OCMW lijkt een grotere fractie in 't geheel geen gevolg te geven aan de verwijzing; bij zij die dit wél doen is het tijdsverloop wel minder groot



Figuur 17 Geslaagde en mislukte verwijzingen bij OKAN'ers in functie van verzekeraarbaarheid (gegevens betreffende 65 verwijzingen)

Bij deze verwijzingen die nog lukken na een lang interval, is nagenoeg steeds een *begeleiding* gebeurd, door PINA-18 òf CLB : dit is het geval in 12 op 15 verwijzingen die nog slaagden nà >60 dagen, en in alle 9 verwijzingen die nog slaagden 90 dagen of meer nà het medisch onderzoek op het CLB.

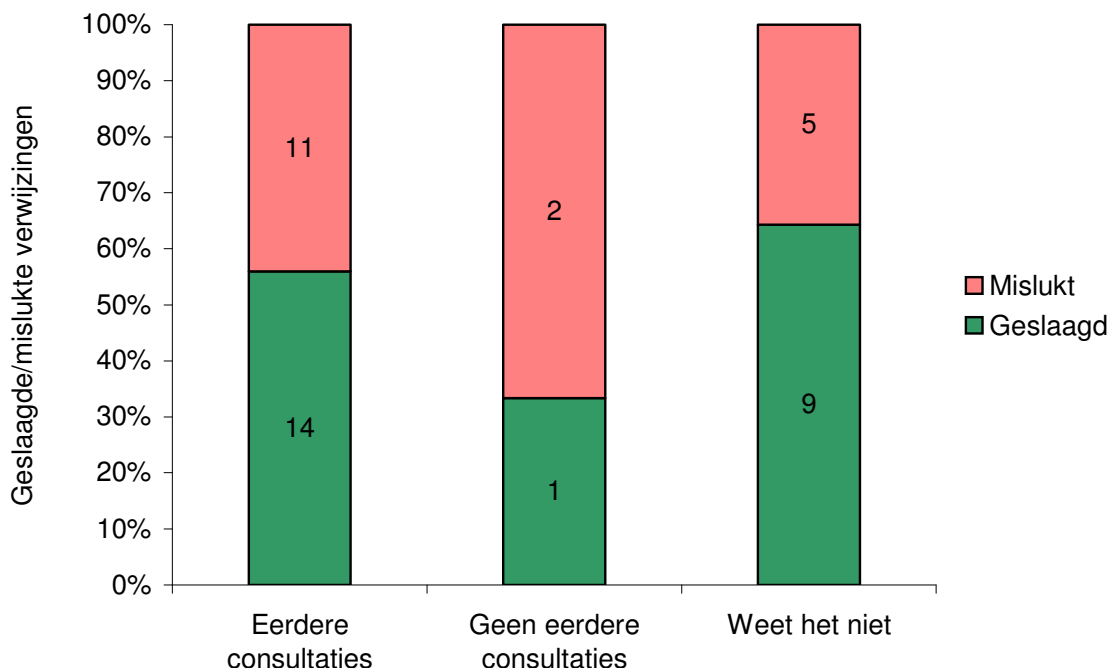
Eén van de verwezen leerlingen uit SIT-N raakte lost to follow-up (wegens verandering van school) vòòr de verwijzing rond was.



Figuur 18 Verband tussen verblijfsduur in België en slaagkans van de verwijzing (gegevens betreffende 65 verwijzingen)

Figuur 18 suggereert dat de kans op een succesvolle verwijzing toeneemt *naarmate men langer in België verblijft*. Hier zou evenwel een evolutie van het verblijfsstatuut als confounder kunnen optreden. Figuur 11 lijkt te bevestigen dat dit een rol speelt: het aantal leerlingen met een “witte kaart” neemt toe gedurende de 3 eerste jaren van het verblijf in België. Personen met zo’n Bewijs van Inschrijving in het Vreemdelingenregister kunnen aanspraak maken op hulpverlening van het OCMW en inschrijven bij een ziekenfonds, en hebben bijgevolg alvast in theorie meer kansen op toegang tot gezondheidszorgen.

Op de vraag of er een verband kan zijn tussen *eerdere ervaringen binnen onze gezondheidszorg* en kans op een geslaagde verwijzing kan geen duidelijk antwoord gegeven worden (Figuur 19). Het blijkt namelijk dat slechts met betrekking tot 3 van de 42 verwijzingen waarvan we over gegevens beschikken, de bevroegde OKAN-leerlingen aangaven nooit eerder contact gehad te hebben met artsen in België. Bij 2 hiervan liep de verwijzing mis, de 3^{de} consulteerde na 66 dagen (gemiddelde tijd bij de leerlingen mét eerdere ervaring bedraagt 78 dagen). Bij de niet-OKAN controlegroep is - zoals verwacht - niemand die nooit eerder contact had met een arts (0 antwoorden op 38).



Figuur 19 Verband tussen slaagkans van verwijzing en eerdere contacten met artsen in België (antwoorden uit enquête beschikbaar betreffende 42 van 65 verwijzingen)

4.3.4 Hindernissen bij verwijzing, door de verwezen leerlingen zelf ervaren (onderzoeksvraag 4)

De redenen die de leerlingen vermelden als verklaring voor het laat of niet consulteren zijn weergegeven in Tabel 7.

De meest vermelde reden voor niet of laat consulteren is het als *niet voldoende belangrijk* ervaren van de verwijfsredenen, bij de OKAN'ers ten dele in vergelijking met de andere ervaren problemen. Dit wordt in 2/3^{de} van de antwoorden vermeld als reden, bij OKAN en niet-OKAN populatie in nagenoeg gelijke mate.

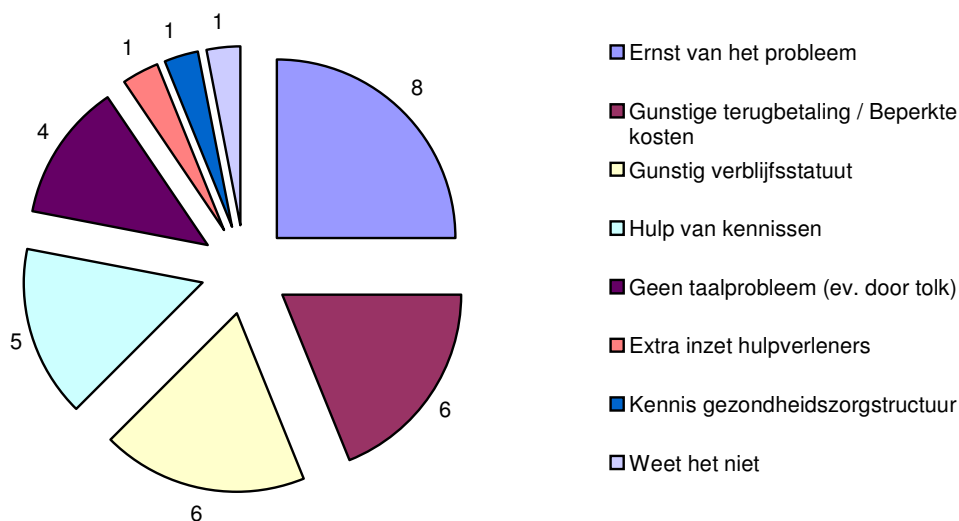
Financiële barrières worden evenwel vaker aangehaald bij de OKAN'ers dan bij de niet-OKAN controlegroep (8 op de 27 vermelde redenen vs. 2 op de 24).

VERMELDE REDENEN VOOR LAAT/NIET CONSULTEREN	OKAN	N-OKAN
I.v.m. verwijfsreden		
ernst woog onvoldoende door	13	16
onbelangrijk t.o.v. andere ervaren problemen	6	0
angst voor een ingreep of behandeling	2	1
geen klachten meer	0	2
gebrek aan info over noodzaak van behandeling	0	1
I.v.m. verblijfsstatuut angst o.w.v. illegaal statuut	3	1
I.v.m. ziektekosten(verzekering)		
angst voor hoge kosten/voorschot	5	1
kan goedkoper in land van herkomst	2	0
in afwachting van ziekenfonds	1	0
gebrek aan info over kosten, terugbetaling	0	1
Praktisch		
verwijsbriefje kwijt / verwijzing vergeten / afspraak vergeten	4	4
SIS-kaart gestolen, tijdsgebrek, wachttijd	3	5
<i>Aantal maal dat de vraag beantwoord werd (enquête 1)</i>	<i>27</i>	<i>24</i>

Tabel 7 Redenen voor laattijdig of niet consulteren na verwijzing bij OKAN en niet-OKAN leerlingen

De antwoorden op de vraag naar redenen waarom in het verleden consultaties in de Belgische gezondheidszorg wél gunstig verliepen, geven een gelijkaardig beeld van welke factoren doorslaggevend zijn (Figuur 20).

Hieruit blijkt bovendien het belang van *ondersteuning door kennissen en landgenoten* (5 op 32 antwoorden), en de afwezigheid van *taalproblemen* (4 op 32 antwoorden).



Figuur 20 Aangehaalde redenen waarom eerdere consulten gunstig verliepen (enquête 1 - de vraag werd door 21 OKAN'ers beantwoord)

4.3.5 Zinvolheid van een trajectbegeleiding bij falende verwijzingen (onderzoeksvraag 5)

De mate waarin helemaal géén gevolg gegeven wordt aan een doorverwijzing lijkt weinig te verschillen tussen de 2 OKAN-populaties, SHGE, SIS2 en SMIQ enerzijds, SIT-N anderzijds (18 op 52 vs. 7 op 13 verwijzingen).

Wanneer evenwel een begeleiding opgestart wordt (door PINA-18 in de interventiegroep, door CLB in de controlegroep), ziet men een verschil in impact tussen interventie- en controlegroep (cfr. Tabel 8 en Tabel 9).

Uit Tabel 8 en Tabel 9 blijkt dat, als men alle interventies bij mekaar beschouwt, de begeleide verwijzingen in de OKAN-controlegroep een ander verloop lijken te vertonen dan die in de OKAN-interventiegroep: de gemiddelde tijd tussen eerste interventie en geslaagde verwijzing is korter (18 i.p.v. 45 dagen), het aantal niet geslaagde interventies kleiner (6 op 13 i.p.v. 13 op 25) en het aantal "snelle resultaten" (t.t.z. een verwijzing binnen de maand na start van de interventie) is groter (4 op 13 i.p.v. 3 op 25).

INTERVAL TUSSEN VERWIJZING EN CONSULT	SHGE/SIS2/SMIQ (52 verwijzingen)	SIT-N (13 verwijzingen)
gemiddelde t (d)	57	28
min t (d)	2	8
max t (d)	155	66
mediaan t (d)	38	21
# < 30 d tot consult	16	4
#> 30 d tot consult	18	2
# geen consult	18	6
Lost to follow-up	0	1

Tabel 8 Tijd tussen verwijzing en consultatie bij interventie en controle OKAN groepen

INTERVAL TUSSEN BEGELEIDING EN CONSULT	SHGE/SIS2/SMIQ (25 begeleide verw.)	SIT-N (13 begeleide verw.)
gemiddelde t (d)	45	18
min t (d)	1	0
max t (d)	84	58
mediaan t (d)	48	7
# < 30 d tot consult	3	4
#> 30 d tot consult	9	2
# geen consult	13	6
# lost to follow-up	0	1

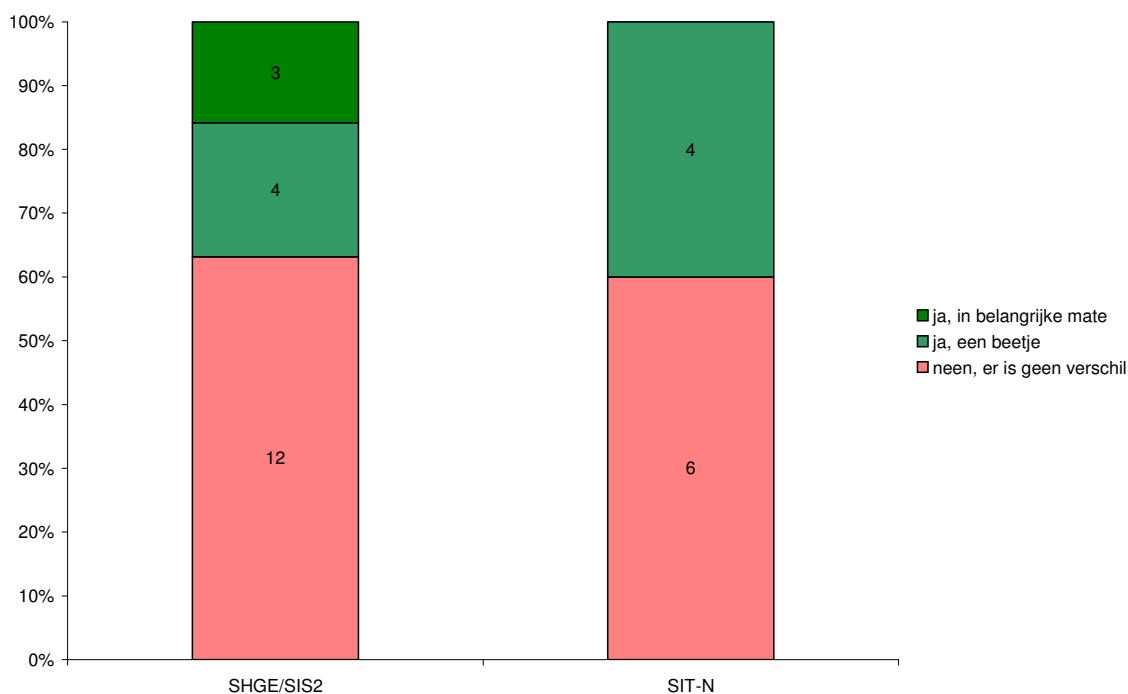
Tabel 9 Tijd tussen begeleiding en consultatie bij interventie en controle OKAN groepen

Om de peilen naar de subjectieve ervaring van de begeleiding door de OKAN'ers, werd gewerkt met een "Opvolgvragenlijst" (zie bijlage). Deze dient evenwel met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd te worden, vermits er een reële kans op bias bestaat (de enquêtes werden afgenomen door de persoon die voordien de begeleiding had uitgevoerd, er is m.a.w. een risico op "wenselijke" antwoorden).

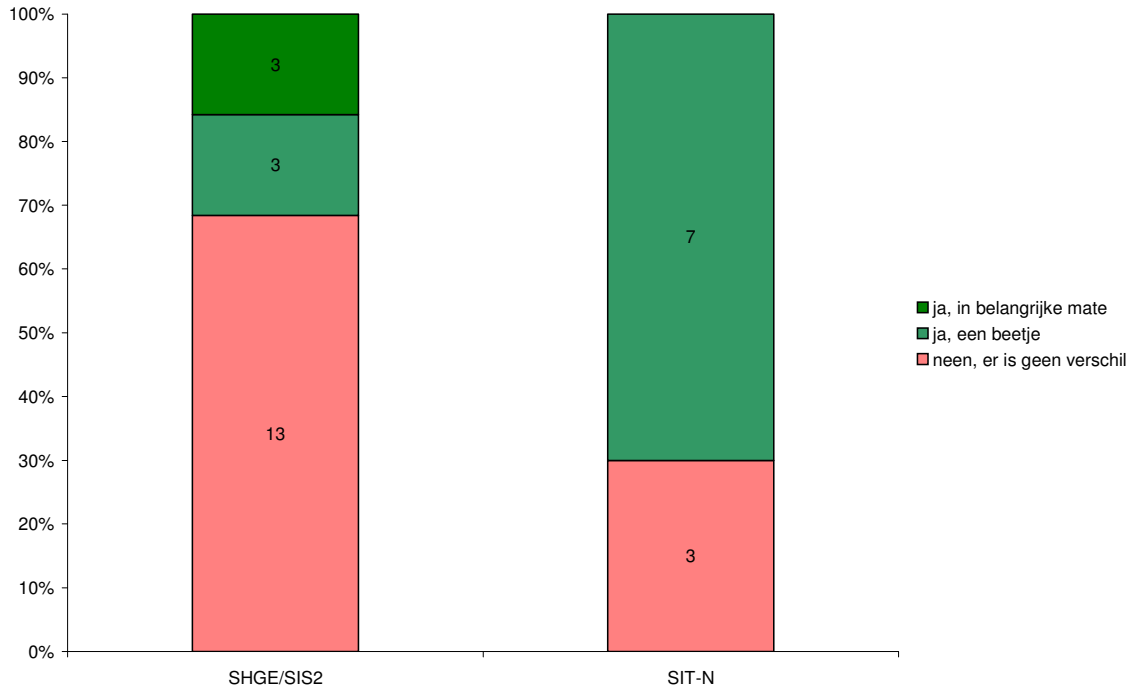
Deze vragenlijst werd afgenomen bij 30 van de 64 verwezen leerlingen. Dit gebeurde voor w.b. de OKAN-interventiegroep slechts in 2 op de 3 scholen (SHGE en SIS2).

Figuur 21 geeft de antwoorden weer op de vraag of de leerling na de begeleiding “... de werking van de gezondheidsinstanties beter begrijpt”. Ruim de helft van de bevroagden zegt géén verschil te ervaren, wat pleit tegen het eerder vermelde risico op bias.

Bij de leerlingen uit de OKAN-controlegroep, geeft wel een groter percentage aan meer kennis te hebben overgehouden van de afzonderlijke diensten werkzaam in de gezondheidszorg, dan voor de OKAN-interventiegroep het geval is (Figuur 22).



Figuur 21 Is er na begeleiding een toename van ervaren kennis van de gezondheidsinstanties? (enquête 2 – de vraag werd door 30 OKAN-leerlingen beantwoord)



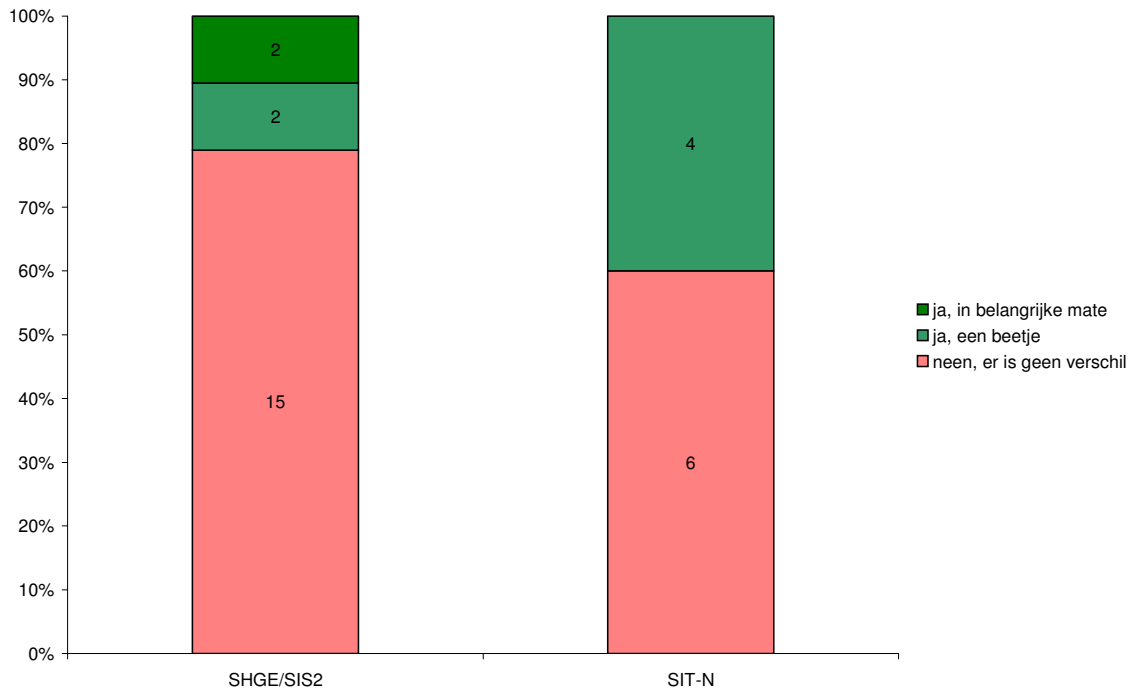
Figuur 22 Is er na begeleiding een grotere kennis van de diensten van de gezondheidszorg? (enquête 2 – de vraag werd door 29 OKAN-leerlingen beantwoord)

Op de vraag of er een betere kennis is van de eigen rechten op gezondheidszorg, antwoordt ong. 1 op 3 positief, en dit zowel in de door PINA-18 (7 op 19) als de door CLB (3 op 11) begeleide groep.

Een zelfde aantal zegt na CLB begeleiding beter te weten hoe medische kosten kunnen teruggevorderd worden, bij PINA-18 is dit de mening van slechts 4 op 19 leerlingen.

Ook wat betreft een eventuele ervaren verbetering van de toegang tot de gezondheidszorg, zijn de door PINA-18 begeleide leerlingen iets terughoudender: 15 op 19 ervaart geen enkele verbetering, t.o.v. 6 op 11 bij de CLB-groep (Figuur 23).

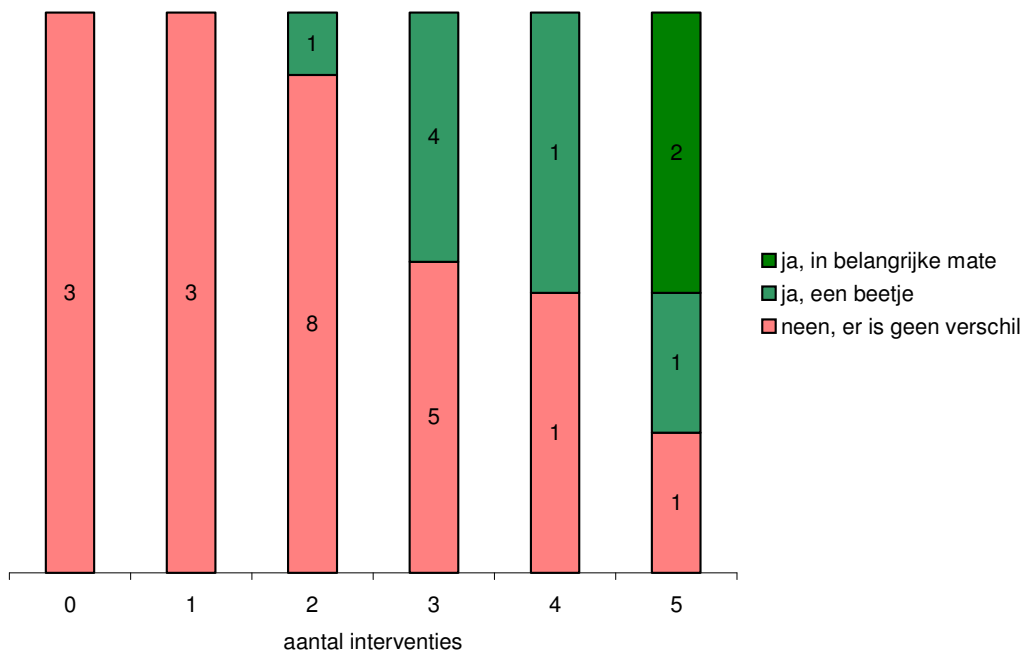
Figuur 24 toont het verband tussen het *aantal* interventies en de ervaren toename van toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten.



Figuur 23 Wordt de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg als globaal beter ervaren? (enquête 2 – de vraag werd door 29 OKAN-leerlingen beantwoord)

AARD VAN DE INTERVENTIE	OKAN-Interventie (aantal meldingen)	OKAN-Controle (aantal meldingen)
Informatie van CLB-anker	3	8
Bemiddeling door CLB-anker	0	7
Meegaan door CLB-anker	1	1
Informatie van PINA-18	12	0
Bemiddeling door PINA-18	3	0
Meegaan door PINA-18	0	0
Motiveringsgesprek PINA-18	2	0
Informatie van school	2	3
Meegaan door school	0	2
Bemiddeling door derden (OCMW, Mut.)	1	0
Informatie van derden (OCMW, Mut.)	1	0
Weet niet	1	3

Tabel 10 Vermelde factoren die de toegang tot de gezondheidszorg positief beïnvloeden (enquête 2 – de vraag werd door 27 OKAN-leerlingen beantwoord)

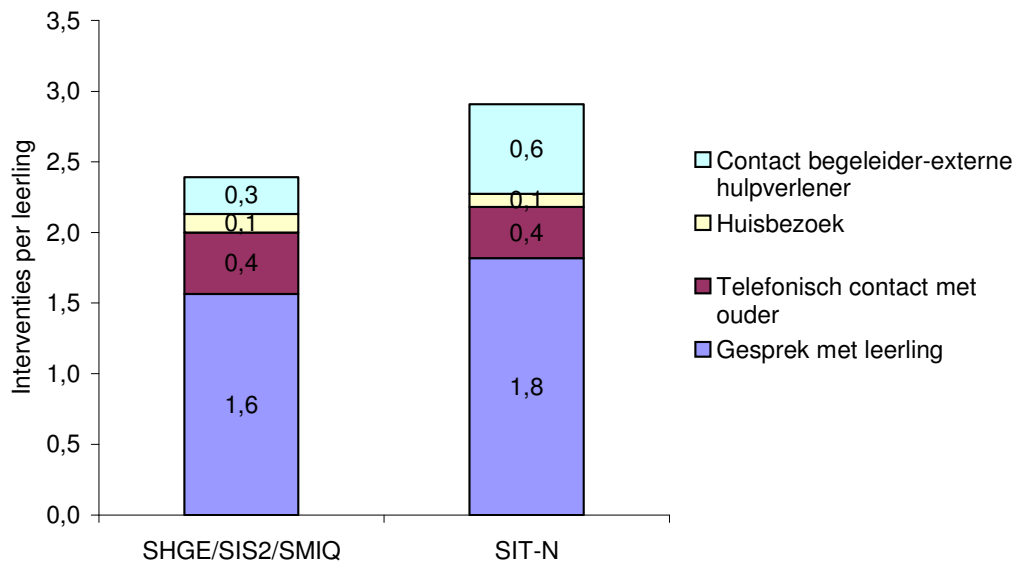


Figuur 24 Verband tussen aantal interventies en ervaren toename van toegankelijkheid (enquête 2 – de vraag werd door 30 OKAN-leerlingen beantwoord)

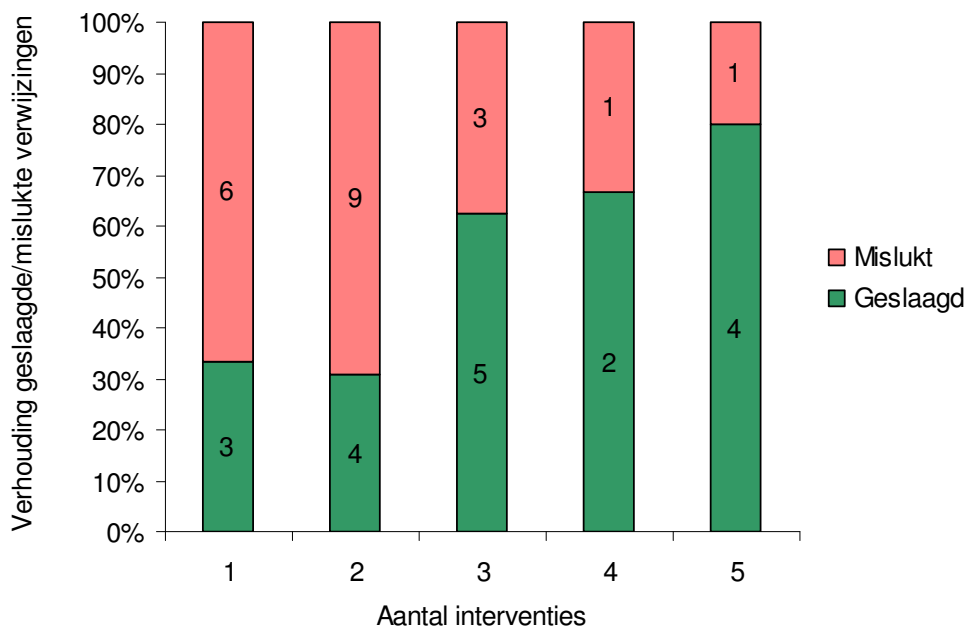
Het hierboven vermelde ogenschijnlijke verschil in effect van de begeleidingen in OKAN-interventie en controlegroep (cfr. Tabel 9), kan misschien ten dele verklaard worden door het aantal en aard van de interventies in elke begeleiding, zoals weergegeven in Figuur 25. Hieruit blijkt dat per begeleide leerling meer acties ondernomen werden in de controlegroep onder CLB begeleiding (35 op 11 begeleide leerlingen), dan die welke door PINA-18 werd opgevolgd (55 op 23 begeleide leerlingen). Bovendien ging het vaker om rechtstreekse contacten met externe hulpverleners (bv. afspraken maken in het ziekenhuis, contact met OCMW, enz.), m.n. bij 8 op 13 door CLB begeleide verwijzingen, t.o.v. 6 op 25 bij PINA-18. Door de leerlingen zelf wordt het grootste belang evenwel gelegd bij de *informatie* die hen gegeven werd, eerder dan bij de interventies waarin de begeleider een meer actieve rol opnam (cfr. Tabel 10).

Andere, niet onderzochte factoren kunnen hierbij echter ook een zeer grote rol spelen (bv. tijdsinterval tussen de verschillende interventies in één begeleiding, ervaring van de begeleider, aard van de afspraken met de school, selectiebias in samenstelling interventie- en controlegroep, ...), wat interpretatie van deze gegevens bemoeilijkt.

Dat het *aantal interventies* een rol speelt in het slagen van een verwijzing lijkt Figuur 26 te suggereren: bij <3 interventies slaagt 47% van de verwijzingen, t.o.v. 69% bij 3 of meer.



Figuur 25 Aard en aantal van de interventies per begeleide leerling, bij interventie en controle OKAN-populaties (betreft 38 begeleide verwijzingen)



Figuur 26 Verhouding geslaagde/mislukte verwijzingen en aantal interventies in de begeleiding (betreft 38 begeleide verwijzingen)

4.4 Besluiten

4.4.1 Onderzoeksvraag 1: wat kenmerkt de populatie in de OKAN- klassen?

De OKAN populatie in de Antwerpse scholen bestaat voor ongeveer één derde uit “traditionele” nieuwkomers, t.t.z. mensen van Marokkaanse en Turkse origine. Een ander derde zijn vluchtelingen uit landen van het voormalige Oostblok.

Hun gemiddelde leeftijd is 14 jaar en 7 maanden.

Gemiddeld verblijven de OKAN'ers ruim één jaar in België; de meest recent toegekomen leerling was 17 dagen in het land, de langst verblijvende ruim 5 jaar.

Ongeveer 2 op 3 heeft een bekend legaal verblijfsstatuut. Ongeveer 1 op 10 leerlingen hebben echter een zeer moeilijk statuut (als toerist of burger van een EU-land). Bij de restgroep zitten een aantal leerlingen zonder geldige verblijfsdocumenten, en een aanzienlijk aantal waarvan geen gegevens beschikbaar waren (en die mogelijks ook ongunstige statuten hebben).

OKAN'ers worden tijdens de preventieve medische consulten van het CLB minder vaak verwezen dan niet-OKAN'ers. Dit kan verband houden met de grotere druk van andere dan medische problemen, die maakt dat bij hen een onderrapportering plaats zou vinden. Een andere factor is zeker de moeizame communicatie, die een anamnese sterk bemoeilijkt. En ten slotte is er de a priori inschatting van de hulpverlener, die vaak niet verwijst omdat hij de verwijzing als onhaalbaar inschat. Het aandeel van deze mogelijke verklarende factoren is evenwel niet onderzocht in deze studie, en zou onderwerp van verder onderzoek kunnen uitmaken.

Tandheelkundige problemen komen opvallend vaker voor bij OKAN'ers.

4.4.2 Onderzoeksvraag 2: welke rechten hebben ze i.v.m. toegang tot gezondheidszorg?

Van deze populatie is ongeveer 2/3^{de} ingeschreven bij een mutualiteit.

Ongeveer 1 op 10 kan op geen enkele wijze (gedeeltelijke) tussenkomst van medische kosten bekomen. Bij de niet OKAN controlegroep is dit slechts één leerling op 57. Bovendien is 1 op 5 OKAN'ers voor terugbetaling van ziektekosten telkens weer afhankelijk van de beslissing van één of andere sociale dienst (gemeentelijk OCMW, OCMW “Plein” of asielcentrum), arts of apotheker. Op de problemen met de praktische toepassing van deze rechten werd uitgebreid ingegaan in het vorige hoofdstuk.

Hoewel te beperkt door de kleine aantallen, lijkt deze studie de bevindingen in de literatuur te bevestigen dat toewijzing aan een gemeentelijk OCMW en toeristenstatus zo mogelijk nog grotere drempels stellen voor toegang tot de gezondheidszorg, dan een illegaal verblijfsstatuut.

4.4.3 Onderzoeksvraag 3: Hoe vlot verloopt de doorverwijzing, in vgl. met de niet-OKAN'ers?

Ondanks het groot aantal verwezen leerlingen dat begeleid wordt (door PINA of CLB), verloopt de verwijzing vaak problematisch: van de verwezen OKAN'ers (ong. één derde van de onderzochte groep), komt bijna één op drie nooit terecht bij de arts waarnaar werd verwezen. Deze fractie is vergelijkbaar met die in de niet-OKAN steekproef, maar men mag aannemen dat deze zonder begeleiding door PINA-18 of CLB veel groter zou zijn. Om dit met zekerheid uit te maken is een onderzoek op grotere schaal nodig, waarbij een populatie mét en zonder begeleiding zou gedefinieerd worden. Dit bleek in onze context om ethische redenen niet haalbaar. Om praktische redenen werd de opvolgvragenlijst, die bij de OKAN'ers moest peilen naar subjectief ervaren impact van de begeleidingen, in onvoldoende mate benut om hieruit besluiten te kunnen trekken. Het bleek immers om redenen van tijdsgebrek en aanvaardbaarheid vaak moeilijk haalbaar nog een extra contact in te lassen voor bevraging, nà afsluiten van de begeleiding.

De kans op slagen van een verwijzing hangt het sterkst samen met de aard van de verwijzing: verwijzingen naar tandartsen hebben de grootste kans te mislukken, gevolgd door verwijzingen naar de oogarts. De meest aangehaalde reden bij moeilijk lopende verwijzingen is dat men het probleem als niet voldoende belangrijk ervaart (al dan niet in verhouding tot de andere problemen waar men mee te maken heeft). Dit zou misschien ten dele kunnen verklaard worden door een geringer belang dat aan deze problematiek wordt gehecht (wat dan een cultureel te verklaren fenomeen zou kunnen zijn, mogelijks te beïnvloeden met GVO?), en door het bestaan van andere overheersende problematiek. Mogelijks is dit geringer belang dan een verklaring voor het frekwent falen van verwijzingen naar deze twee disciplines.

4.4.4 Onderzoeksvraag 4: wat zijn de meest ervaren hindernissen?

De meest aangehaalde reden waarom geen of laattijdig gevolg wordt gegeven aan de verwijzing, is dat men het probleem als niet voldoende belangrijk ervaart.

Bij de OKAN'ers komt dit er vaak op neer dat de verwijsredenen als minder prioritair ervaren wordt dan de andere problemen waar men mee te maken heeft.

Een andere mogelijke verklaring kan zitten in een geringer belang dat aan de betreffende problematiek wordt gehecht, wat in een aantal gevallen een cultureel te verklaren fenomeen zou kunnen zijn, dat mogelijks te beïnvloeden valt met GVO. Zo zou bv. te verklaren zijn waarom OKAN'ers vaker tandheelkundige problemen vertonen dan de niet OKAN populatie. Financiële barrières, al dan niet verband houdend met een slechte verzekeraarbaarheid tegen ziektekosten, worden bij bevraging eveneens vaak aangehaald als reden voor laat of niet consulteren.

De kans op slagen van de verwijzing lijkt samen te hangen met het verblijfsstatuut, en daaraan verbonden de verzekeraarbaarheid. Dit verband lijkt minder uitgesproken dan verwacht, maar dient zeker in een grootschaliger studie onderzocht te worden.

Bij verwijzingen die wél slagen, lijken bepaalde statuten, en de hiermee gepaard gaande verzekeraarbaarheid, ertoe te leiden dat langer gewacht wordt met consulteren nà een verwijzing door het CLB. Meer bepaald is dit het geval voor mensen die omwille van een illegaal verblijf, beroep dienen te doen op het KB betreffende "Dringende Medische Hulp...".

Het grootste aandeel verwijzingen dat nooit plaatsvond, werd echter gezien bij de leerlingen die toegewezen zijn aan een gemeentelijk OCMW. Dit zou kunnen verklaard worden door het feit dat voor elke afzonderlijke zorgbehoefte appèl moet gedaan worden op de sociale dienst van het betreffende gemeentelijk OCMW, wat erg hoogdrempelig overkomt.

Geruststellend (als deze trend zou bevestigd worden) is dan weer dat de slaagkans lijkt toe te nemen naarmate leerlingen langer in het land verblijven. Dit kan zeker ten dele toegeschreven worden aan een verbetering van de verblijfsstatuten, maar vermoedelijk betreft het hier ook een proces van informatieverwerving.

Als belangrijkste positieve factor in de begeleidingen noemen de OKAN-leerlingen dan ook de informatie die hen door begeleiders van PINA-18 of CLB werd gegeven.

4.4.5 Onderzoeksvraag 5: wat is de meerwaarde van een intensieve begeleiding door een externe organisatie (i.c. PINA-18)?

Ondanks een groot aantal begeleidingen komt het slaagpercentage van de OKAN-verwijzingen niet boven dat van de niet-OKAN groep. Dit is een verontrustende vaststelling: men mag aannemen dat zonder begeleiding het slaagpercentage een stuk lager zou liggen. Het opzet van deze studie laat evenwel niet toe dit te bevestigen, omdat geen OKAN groep zonder begeleiding gevolgd werd.

Op het eerste zicht lijken de begeleidingen door PINA-18 iets minder effectief dan deze van het CLB. Dit kan misschien gecorreleerd worden aan een groter aantal interventies per begeleiding, en een meer directieve aanpak (vaker zelf contact nemen met externe hulpverleners).

Er zijn echter nog een aantal andere belangrijke verschillen in de aanpak van PINA-18 en CLB-anker in deze studie: het CLB-anker is een belangrijk deel van de tijd in de school aanwezig en aanspreekbaar, de begeleiders van PINA-18 hebben in regel meer scholen waar ze voor in staan en dit beperkt hun beschikbaarheid. Door de grotere aanwezigheid is er vermoedelijk ook een grotere vertrouwdheid met leerlingen en schoolpersoneel. Tot slot was het CLB-anker beter op de hoogte van de achtergrond van de verwijzing, vermits ze als CLB-verpleegkundige toegang had tot vertrouwelijke informatie uit het medisch dossier. Hierdoor was ze mogelijks beter in staat prioriteiten te stellen voor interventies. In dit geval had het CLB-anker dat de SIT-N begeleidde bovendien jarenlange ervaring in het werken met OKAN'ers, wat zeker ook een rol zal gespeeld hebben.

Een selectiebias bij de samenstelling van de interventie en controle OKAN-populaties kan bovendien, gezien de beperkte gegevens over de kenmerken van de populaties, niet geheel uitgesloten worden.

Als men aanneemt dat deze factoren geen doorslaggevende rol hebben gespeeld, lijkt deze studie een verband te suggereren tussen het aantal begeleidingsinterventies enerzijds en zowel de subjectief ervaren toename van toegankelijkheid van de gezondheidszorg, als een meer objectieve parameter: het aantal mislukte verwijzingen. Het aandeel hiervan lijkt af te nemen vanaf 3 of meer interventies in één begeleiding, wat pleit voor een intensieve begeleiding.

De resultaten van dit onderzoek lijken dan ook te pleiten voor een directieve, intensieve begeleiding van leerlingen waarbij de verwijzing dreigt mis te lopen. Of deze begeleiding al dan niet beter kan gebeuren door een externe organisatie, kon niet aangetoond worden. Indien de tijd of expertise voor dit soort begeleiding ontbreekt bij de CLB-medewerker, kan een begeleiding door een externe organisatie als PINA-18 evenwel een belangrijke meerwaarde vormen.

Tot slot is het belangrijk nogmaals te benadrukken dat dit onderzoek door zijn beperkte omvang geen vragen kan beantwoorden maar er alleen nieuwe kan helpen stellen. De omvang van de bestudeerde populaties is te beperkt om statistisch verantwoorde uitspraken toe te laten. De trends die naar voren lijken te komen, dienen in een grootschaliger onderzoek verder bestudeerd kunnen worden. Zoals in vorig hoofdstuk al werd gezegd, is dit onderwerp, m.b. met betrekking op de situatie in België, tot op heden slechts in zeer beperkte mate onderzocht.

4.5 Discussie en tentatieve aanbevelingen

Als CLB-arts dient men zich er bewust van te zijn dat verwijzingen bij leerlingen uit het OKAN-onderwijs problematisch kunnen verlopen. Ondanks arbeidsintensieve begeleiding, mislukt nog meer dan één op 3 verwijzingen. Men kan vermoeden dat dit zonder begeleiding nog veel problematischer zou verlopen.

Als sprake is van doorverwijzing dient voldoende aandacht te gaan naar de verblijfsstatuten van deze leerlingen, hoe moeilijk te achterhalen ze ook zijn, en naar hun consequenties voor toegang tot gezondheidsdiensten. Verschillen in verblijfsstatuut spelen mogelijk een belangrijke rol in het al dan niet slagen van een verwijzing, in mindere mate in de lengte van het tijdsinterval. Belangrijk is dat het hier gaat om een subtieler onderscheid dan “legaal” versus “illegaal”. Bij een bevraging in 2003 door Hilde Roose bij 21 Vlaamse CLB's bleek dat het verblijfsstatuut van de leerlingen vaak niet werd gevraagd. Meer dan de helft van de CLB's wist niet hoeveel illegale verblijvers er bij de OKAN leerlingen waren.³⁶

Een andere belangrijke factor is de verwerving door de nieuwkomer van kennis over de Belgische gezondheidsdiensten en terugbetalingmechanismen. Dit zou – naast een zekere acculturatie – kunnen verklaren waarom nieuwkomers na verloop van jaren hun weg in ons gezondheidssysteem beter vinden. Men kan zich afvragen of het vanuit humaan zowel als volksgezondheidskundig standpunt aanvaardbaar is dat mensen enkele jaren nodig hebben om hun weg te vinden in ons/hun gezondheidssysteem. Mogelijks ligt hier een belangrijke rol voor het CLB, in het bespoedigen van dit proces.

Deze studie lijkt te bevestigen dat bepaalde medische problemen door nieuwkomers soms als minder prioritair ervaren worden (bv. tandheelkundige verzorging). Voldoende tijd en aandacht dient dan ook te gaan naar specifieke preventieve GVO-acties voor deze doelgroep. Men dient zich ook bewust te zijn van het groot aantal mislukkende doorverwijzingen naar tandartsen en oogartsen.

Enkele resultaten geven aan dat begeleiding van verwijzingen die moeilijk lijken te lopen, zinvol zou zijn. Er dient dan eerder gekozen te worden voor intensieve en directieve begeleidingen, waarbij voldoende aandacht moet gaan naar informatieoverdracht. Dit vraagt een belangrijke inspanning van de hulpverlener, die van de ingewikkelde en wijzigende wetgeving op de hoogte dient te zijn. Bij de bevraging door Roose bij Vlaamse CLB's gaven evenwel bijna alle bevrageden aan dat ze voor een goede aanpak van de OKAN (gegevensinzameling, medisch onderzoek) over te weinig tijd en middelen beschikken.³⁶

5 Samenvatting

Vanuit bezorgdheid over het verloop van doorverwijzingen na CLB-onderzoek bij OKAN'ers, werd besloten hierover een studie op te zetten. Doel was te evalueren hoe vaak verwijzingen mislopen, waarom dit zo is, en wat er aan kan gedaan worden.

In de literatuur werden gegevens gezocht over deze populatie en, bij ontbreken hiervan, over nieuwkomers en andere vreemdelingen in België. De wetgeving rond verblijfsstatuten en rechten op gezondheidszorg werd uiteengezet. Hieruit kwam de ingewikkeldheid van de regelgeving naar voren. Ook werd aangetoond hoe bij sommige verblijfsstatuten een remmend effect op de toegankelijkheid tot gezondheidsdiensten kan optreden door problemen met de praktische toepassing van de procedures. Dit geldt voor illegale verblijvers, maar zeker voor asielzoekers toegewezen aan gemeentelijke OCMW's. Voor toeristen zijn de bij wet voorziene mogelijkheden uiterst beperkt en is de situatie precair.

Het eigen onderzoek vond plaats in 4 Antwerpse scholen met OKAN-klassen. In 3 van de 4 scholen werd bij leerlingen, waar de verwijzing problematisch verliep, een trajectbegeleiding gestart door PINA-18; bij de 4^{de} school werd desgevallend de standaard CLB-begeleiding gestart. Deze 2 groepen bleken vergelijkbaar voor w.b. een aantal sleutelvariabelen. Om het belang van eventuele selectiebias te kunnen kwantificeren, zouden evenwel nog andere kenmerken gekend moeten zijn.

De meerderheid van de OKAN'ers heeft een legaal verblijfsstatuut en is aangesloten bij een ziekenfonds, maar één op 5 is voor terugbetaling van ziektekosten afhankelijk van ad hoc beslissingen van één of andere dienst, en één op 10 heeft o.w.v. een toeristenstatuut zelfs nagenoeg geen rechten.

Eén op drie OKAN'ers wordt doorverwezen, t.t.z. beduidend minder dan bij niet-OKAN'ers. De meest voorkomende verwijzingen gebeuren o.w.v. problemen met tanden of visus.

Eén op drie verwijzingen loopt (ondanks begeleiding) mis, wat vergelijkbaar is met wat gezien wordt bij niet-OKAN'ers. Dit gebeurt het vaakst bij verwijzingen naar tandarts of oogarts. Verwijzingen lopen vaker mis bij OKAN'ers toegewezen aan een gemeentelijk OCMW, en vinden laattijdiger plaats bij mensen die beroep moeten doen op DMH. De kans op een geslaagde verwijzing neemt toe met de duur van het verblijf in België.

De studie kon geen meerwaarde aantonen van een begeleiding door een externe instantie t.o.v. begeleiding door het CLB. Wél slaagden verwijzingen vaker bij intensieve en directieve begeleidingen (waarbij het initiatief voor een stuk uit handen genomen wordt van de leerling). De kleine aantallen laten geen algemene conclusies toe op basis van deze vaststellingen.

Toch werden tentatieve aanbevelingen gemaakt. Deze vragen de hulpverlener voldoende aandacht te hebben voor de problematiek van de verblijfsstatuten en pleiten voor aangepaste GVO en begeleiding bij falende verwijzingen.

6 Geraadpleegde literatuur

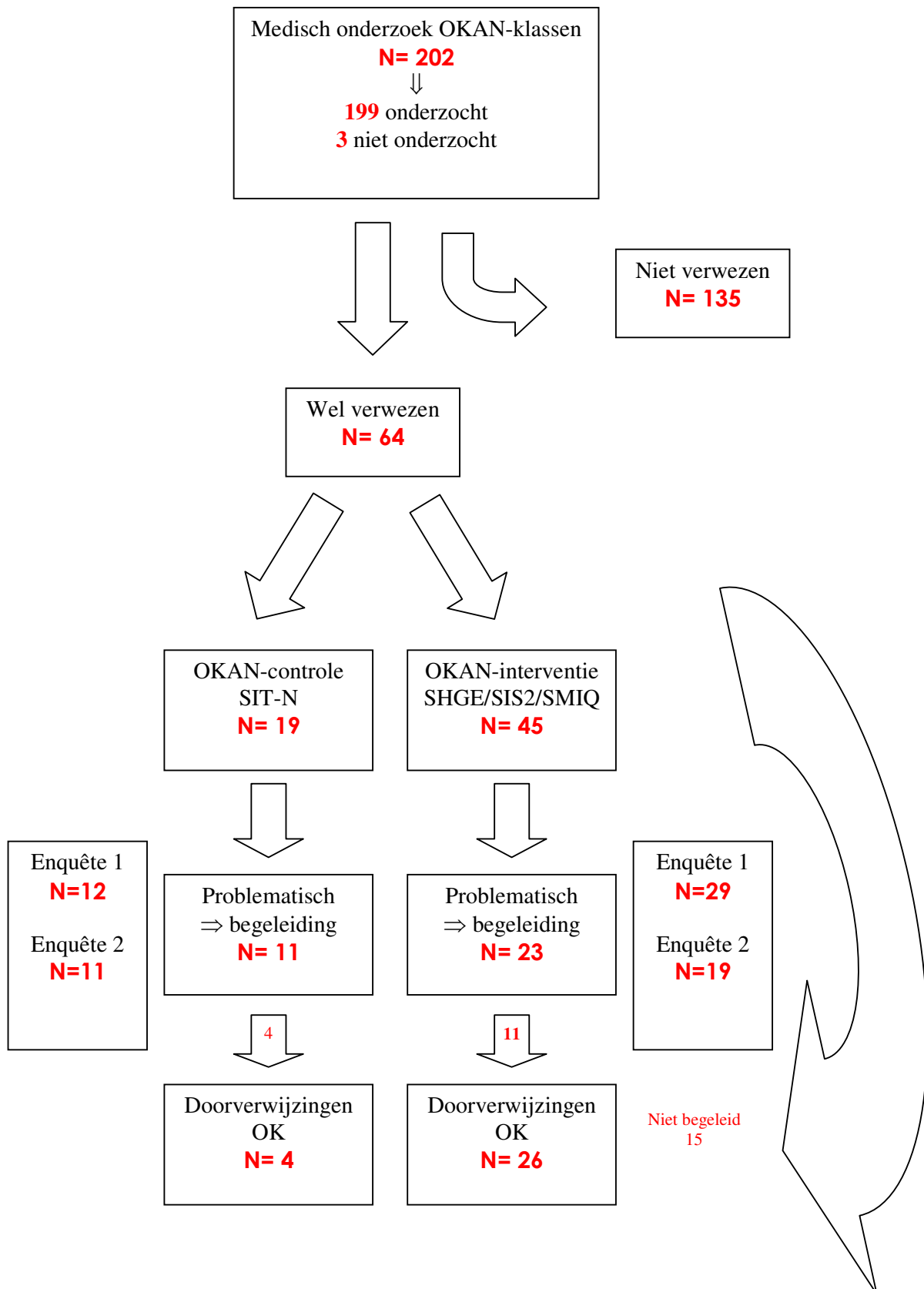
- ¹ Reijneveld, S., Verheij, R., Van Herten, L. and De Bakker, D. Contacts of general practitioners with illegal immigrants. *Scandinavian Journal of Public Health* 2001; 29 (4): 308- 313.
- ² Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid (NL). *Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid*. Tytsjerk: Landelijke Commissie; 2004.
- ³ Council of Europe, Parliamentary Assembly. *Health conditions of migrants and refugees in Europe* (Doc. 8650). Strasbourg: Council of Europe, Committee on Migration, Refugees and demography; 2000. Available online: <<http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/doc00/EDOC8650.HTM>>
- ⁴ Council of Europe, Parliamentary Assembly. *Health conditions of migrants and refugees in Europe* (Doc. 8878). Strasbourg: Council of Europe, Social, Health and Family Affairs Committee; 2000. Available online: <<http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/doc00/EDOC8878.HTM>>
- ⁵ European Commission 2003 Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on immigration, integration and employment [COM (2003) 336 final]. Brussels: Commission of the European Communities; 2003. p26. Available online: <http://europa.eu.int/eur-lex/en/com/cnc/2003/com2003_0336en01.pdf>
- ⁶ ICEM-werkgroep Opvangbeleid. *Kerntaken voor het opvangbeleid voor mensen zonder wettig verblijf in Vlaanderen. Aanbevelingen over wie wat moet doen*. Brussel: PICUM; 2003. p1-21.
- ⁷ Koninklijk Besluit betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven. *Belgisch Staatsblad* 31.12.96. 1996/2814.
- ⁸ Koninklijk Besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven. *Belgisch Staatsblad* 13.01.03. 2003/199: p1553-1554.
- ⁹ Dringende medische hulpverlening aan vreemdelingen die illegaal in ons land verblijven. Omzendbrief d.d. 24 november 1997 van de Minister van Volksgezondheid en Pensioenen (M. Colla) en de Staatsecretaris voor Veiligheid, Maatschappelijke Integratie en Leefmilieu (Jan Peeters) aan de artsen, tandartsen, verpleegkundigen (24 nov 1997). Available online: http://www.health.fgov.be/AGP-Lex/nl/wetgeving/minist_omzendingbrieven/dringende_medische_hulp_aan%20illegalen.htm
- ¹⁰ Román Romero-Ortuño. Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? *European Journal of Health Law* 11: 245-272, 2004.
- ¹¹ Levoy M. An overview of undocumented migrants' access to health care in various countries in Europe. PICUM, Brussel, 2005.
- ¹² Aerts L. *Geen toegang tot de Belgische Gezondheidszorg*. Brussel: Artsen Zonder Grenzen; 2004.
- ¹³ Vanroelen C, Smeets T, Louckx F. *Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg* Academia Press, Gent, 2004.
- ¹⁴ Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. *Armoede en gezondheid: knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg - Conclusies Forum* 14/12/2002. Brussel: CGKR; 2003.
- ¹⁵ Verbruggen N. *Health care for undocumented migrants. Germany, Belgium, The Netherlands, United Kingdom*. Brussel: PICUM; 2001.
- ¹⁶ Ziekenhuisnetwerk Antwerpen. *Waarborgregeling. Toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg*. Antwerpen: ZNA; 2004.
- ¹⁷ Verbruggen N. *Health care for undocumented migrants. Germany, Belgium, The Netherlands, United Kingdom*. Brussel: PICUM; 2001.
- ¹⁸ Tiggelovend I. *Verbal Vision vzw. Ethnocommunicatie. Communiceren met een multicultureel publiek*. Brussel: Gelijke Kansen in Vlaanderen; 2005.
- ¹⁹ Commissariaat Generaal voor de Vluchtelingen en Staatlozen. *Zestiende jaarverslag – werkingsjaar 2003*. CGSV; 2004.
- ²⁰ Mghari M. *De Maghrebijnse migratie naar Europa*. In: Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding. *De internationale migraties naar Europa - Landen van oorsprong, migratiebeleid – Verslag Colloquium 23 maart 2001*. Brussel: CGKR; 2002. p35-46.
- ²¹ De Tapia S. *De migratie vanuit Turkije naar de Europese Unie en België*. In: Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding. *De internationale migraties naar Europa - Landen van oorsprong, migratiebeleid – Verslag Colloquium 23 maart 2001*. Brussel: CGKR; 2002. p12-34.

-
- ²² Okolski M. Migraties vanuit Oost-Europa naar de Europese Unie met speciale aandacht voor België. In: Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding. De internationale migraties naar Europa - Landen van oorsprong, migratiebeleid – Verslag Colloquium 23 maart 2001. Brussel: CGKR; 2002. p47-61.
- ²³ Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid (NL). Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid. Tytsjerk: Landelijke Commissie; 2004.
- ²⁴ Koppenaal H, Bos CA, Broer J. Hoge sterfte door infectieziekten en niet-natuurlijke doodsoorzaak onder asielzoekers in 1998-1999. Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde 1 maart 2003; 147(9): p 391-395.
- ²⁵ Medimmigrant. Gezondheidszorg en verblijfsstatuten. Brussel: Medimmigrant; 2004.
- ²⁶ Commissariaat Generaal voor de Vluchtelingen en Staatlozen. Zestiende jaarverslag – werkingsjaar 2003. CGSV; 2004.
- ²⁷ Omzendbrief over de toepassing van artikel 9, derde lid, van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen en de regularisatie van bijzondere situaties. Belgisch Staatsblad 15.12.98. 98/00796: p40492-40520.
- ²⁸ Vlaams Minderheden Centrum. Regularisatie van verblijf. Hoe dien ik een aanvraag artikel 9, lid 3 Verblijfswet in? Brussel: VMC; 2004.
- ²⁹ Medimmigrant. Overzicht procedures inzake gezondheidszorg bij toeristen. Brussel: Medimmigrant; 2004.
- ³⁰ Crauwels F. Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten. Terugvorderen van medische kosten: verbintenis tot tenlasteneming. Brussel: VVSG; 2005. Online beschikbaar op <http://www.vvsg.be/nl/welzijn/welzijn/detail.shtml?number=6598>
- ³¹ Vlaams Minderheden Centrum. Gevolgen van de uitbreiding van de Europese Unie op de tewerkstellingsmogelijkheden en de verblijfssituatie van de onderdanen van de nieuwe EU-lidstaten in België. Brussel: VMC; 2004.
- ³² Clarke J. The problems of evaluating numbers of illegal immigrants in the European Union. In: De Bruycker P, Apap J, editors. Les régularisations des étrangers illégaux dans l'Union européenne – Regularisations of illegal immigrants in the European Union. Brussels: Bruylant; 2000. p.18.
- ³³ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. International Migration Report 2002 [ST/ESA/SER.A/220]. New York: United Nations Publications; 2002. Available online: <http://www.un.org/esa/population/publications/ittmig2002/ittmigrep2002.htm>
- ³⁴ Besluit van de Vlaamse Regering van 24 mei 2002 inzake de organisatie van onthaalonderwijs voor anderstalige nieuwkomers in het gewoon voltijds secundair onderwijs. Belgisch Staatsblad 11.09.2002; 2002/3181: p40211-3.
- ³⁵ Onthaalonderwijs voor anderstalige nieuwkomers in het gewoon voltijds secundair onderwijs. Omzendbrief d.d. 23/07/2001 van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs (SO 75). 2001.
- ³⁶ Roose H. Medische opvang van jeugdige asielzoekers in Vlaanderen [eindwerk cursus GGS Jeugdgezondheidszorg]. Brussel: VUB; 2003.

BIJLAGE 1: Studieverloop en timing

Vorbereidend literatuuronderzoek. Schrijven van het onderzoeksprotocol Aanvraag goedkeuring Ethische Commissie VUB	09/2004 tot 12/2004
Alle OKAN-leerlingen uit het secundair stedelijk onderwijs komen op medisch onderzoek in de periode van december 2004 tot einde februari 2005 (N≈200 uit 4 scholen). Onderzoek volgens protocol. De school krijgt een lijst met het aantal verwijzingen per (OKAN)leerling. Telkens een verslag van de geraadpleegde dienst bij de arts toekomt, wordt dit beschouwd als eindpunt van de procedure.	1/12/2004 tot 28/02/2005 (=d 0)
Gespreid in dezelfde periode worden een 50-tal niet-OKAN leerlingen onderzocht volgens protocol. CLB neemt bij deze leerlingen Vragenlijst af.	1/12/2004 tot 28/02/2005
Bij 3 van de 4 scholen (SHGE, SISO2, SMIQ): Indien na min. 4 weken nog geen verslag is toegekomen op het CLB, maakt de school de naam van de verwezen leerling over aan PINA-18. PINA-18 neemt bij deze leerlingen (of hun familie) Vragenlijst af. PINA-18 start hierop een trajectbegeleiding op maat (telefonisch, m.b.v. huisbezoeken of visites aan betrokken diensten), tot de verwijzing succesvol is. Na afsluiten van begeleiding of welslagen van verwijzing neemt PINA-18 bij deze leerlingen (of hun familie) de Opvolgvragenlijst af.	(va d 30)
Bij 1 van de 4 scholen (SIT-N): Indien na min. 4 weken nog geen verslag is toegekomen op het CLB, spreekt het CLB-team de leerling aan en tracht te faciliteren (standaard procedure). Na afsluiten van begeleiding of welslagen van verwijzing neemt CLB bij deze leerlingen (of hun familie) de Opvolgvragenlijst af.	12/2004 tot 03/2005
Verzameling en verwerken van gegevens	04/2005 tot 05/2005
Analyse	05/2005
Finaliseren van het eindwerk	06/2005

BIJLAGE 2: Schematische flow van leerlingen in het onderzoeksprotocol



BIJLAGE 3: Problemen bij doorverwijzing door de CLB-arts

Enquêteur:
Tolk:
Datum van afname:

Leerlinggegevens

Naam:
Voornaam:
Geboortedatum:
School:
Klas:
Land van herkomst:
Datum van aankomst in België (indien van toepassing):
Verblijfsstatuut/type verblijfspapieren (voor zover bekend): zie bijlage “Verblijfsstatuten”
.....
.....
Recht op medische zorgen (voor zover bekend) o.w.v.:
 Inschrijving bij Ziekenfonds
 Toewijzing aan gemeentelijk OCMW
 Verblijf in Asielcentrum
 Toegewezen aan Asielcentrum, maar er niet verblijvend
 Rechthebbend op “Dringende medische hulpverlening”
 Andere:
.....

**Bij vragen of onduidelijkheid: contacteer Dr. Kris KEERSMAEKERS
Tel.nr.**

1. Naar welke arts werd door de CLB-arts doorverwezen?

- Het soort arts werd niet vermeld
- Dienst Spoedgevallen
- Huisarts
- Artsen Zonder Grenzen
- Specialist in ziekenhuis
- Oogarts
- Tandarts
- Andere:
- Weet het niet meer

2. Hoe dringend werd deze verwijzing ervaren?

- Niet dringend
- Dringend
- Heel dringend

3. Consulteerde de leerling inmiddels de arts(en) naar wie werd doorverwezen?

- Ja,
 - Dokter op .../.../20....
 - Dokter op .../.../20....
- Neen
- Weet het niet

4. Over welke van volgende onderwerpen werd informatie verkregen, naar aanleiding van de doorverwijzing?

- Naam van de arts
- Naam van het ziekenhuis
- Adres van arts of ziekenhuis
- Routebeschrijving naar arts of ziekenhuis
- Consultatie-uren van arts of ziekenhuis
- Hoe een afspraak kan gemaakt worden bij de arts
- Hoeveel de kosten kunnen bedragen
- Wie de kosten zal dragen (ziekenkas, OCMW, asielcentrum, zelf, ...)
- Of er een bedrag dient voorgeschoten te worden

5. Van wie kreeg men deze informatie?

- CLB

- PINA-18
- School
- Huisarts
- Ziekenhuis
- Ouders van medeleerlingen

- Kennissen
- Landgenoten
- NGO (Haven, Protestants Sociaal Centrum, Bond Zonder Naam, de Mutsaard, Artsen Zonder Grenzen, ...)
- Andere, namelijk:

6. Hoe komt het dat bij deze verwijzing de arts laat of niet werd geconsulteerd?

Dringendheid van de verwijzing

- De ernst van het medisch probleem woog onvoldoende door
- Er was nog een andere verwijzing, die dringender was
- Het medisch probleem is onbelangrijk t.o.v. andere dagelijks ervaren problemen
- Andere:

Organisatorische problemen

- Afspraak vergeten
- Verwijsbriefje kwijt
- Niet de juiste papieren bij op 't moment van consultatie (paspoort, SIS-kaart, waarborgkaart, ...)
- Adres van arts of ziekenhuis niet gevonden
- Andere:

Praktische problemen

- Geen arts of ziekenhuis in de buurt
- Geen vervoer beschikbaar
- Tijdsgebrek
- Lange wachttijden
- Taalproblemen en geen tolk (familie, kennissen, professioneel) beschikbaar
- Andere:

Financiële problemen

- (Angst voor) een te betalen voorschot
- (Angst voor) hoge dokterskosten
- (Angst voor) hoge kosten van de voorgeschreven behandeling
- Financiële nood op het moment van de verwijzing
- Weigering door OCMW of asielcentrum om de kosten te dragen
- Weigering van arts om "Dringende Medische Hulp..." toe te passen
- Andere:

Problemen eigen aan het verblijfsstatuut

- Een verwachte verbetering van het statuut (bv. einde procedure, einde wachttijd mutualiteit, ...)
- Angst om zich bekend te maken (Bv. igv. illegaal verblijfsstatuut)
- Geen vrije keuze van zorgverstreker (bv. verplicht consulteren via Spoedgevallen)
- Andere:

Cultuurgebonden hindernissen

- (Angst voor) onbegrip bij de arts/in het ziekenhuis
- (Angst voor) een onvriendelijke houding bij de arts/in het ziekenhuis
- Taboe rond bepaalde onderwerpen
- Schaamte om zich te laten onderzoeken door een arts
- Tijdelijk niet toegestaan om religieuze redenen: ramadan, ...
- Weinig vertrouwen in de Belgische geneeskunde
- Andere:

Tekort aan informatie

- Over de noodzaak van medische verzorging bij dit probleem
- Over de medische ingreep zelf (angst)
- Over de werking van de gezondheidsinstanties in België (huisartspraktijken, ziekenhuizen, tandarts kabinetten, ...)
- Over welk type arts moest geraadpleegd worden (huisarts, specialist, welk specialisme)
- Over bij welke specifieke arts ze terecht kunnen (naam, adres, tel)
- Over hoe een afspraak kan gemaakt worden bij de arts
- Over de grootte van de te verwachten kosten
- Over wie de kosten zal dragen
- Andere:

Andere:

- 7. Consulteerde iemand van het gezin vòòr deze verwijzing reeds bij een arts of in een ziekenhuis in België (uitgez. tijdens verblijf in een asielcentrum)?**
- Ja, nl.
 - Bij de Dienst Spoedgevallen
 - Bij een huisarts
 - Bij Artsen Zonder Grenzen
 - Bij een specialist in het ziekenhuis
 - Bij een tandarts
 - Bij een oogarts
 - Bij een andere arts, namelijk:
 - Neen
 - Weet het niet
- 8. Indien ja, wat maakte volgens u dat deze consultatie vlot verliep?**
- De ernst/dringendheid van het medisch probleem
 - Een gunstig verblijfsstatuut
 - Een gunstige terugbetalingsregeling
 - Geen of beperkt taalprobleem
 - Hulp van tolken (al dan niet professioneel)
 - Hulp van kennissen/landgenoten
 - Hulpverlening door een NGO (PINA-18, Haven, PSC, BZN, de Mutsaard, AZG, ...)
 - Extra inzet vanwege de hulpverleners (dokter, ziekenhuis)
 - Beperkte kosten
 - Goede kennis van/eerdere ervaringen met de mogelijkheden van terugbetaling van de gemaakte kosten
 - Goede kennis van/eerdere ervaringen met de gezondheidszorgstructuren
 - Andere:
- 9. Was er in het verleden al eens een financiële tussenkomst (door derden, bv. mutualiteit, OCMW, asielcentrum, ...) voor medische kosten in dit gezin?**
- Ja, door
 - Neen
 - Weet het niet
- 10. Gebeurde het - vòòr deze verwijzing - ooit dat een consultatie bij een arts of ziekenhuis niet plaats vond, hoewel deze nodig was of was aanbevolen?**
- Ja, nl.
 - Bij de Dienst Spoedgevallen
 - Bij een huisarts
 - Bij Artsen Zonder Grenzen
 - Bij een specialist in het ziekenhuis
 - Bij een tandarts
 - Bij een oogarts
 - Bij een andere arts, namelijk:
 - Neen
 - Weet het niet

11. Indien ja, wat was/waren hiervoor dan de reden(en)?

Dringendheid van de verwijzing

- De ernst van het medisch probleem woog onvoldoende door
- Er was nog een andere verwijzing, die dringender was
- Het medisch probleem is onbelangrijk t.o.v. andere dagelijks ervaren problemen
- Andere:

Organisatorische problemen

- Afspraak vergeten
- Verwijsbriefje kwijt
- Niet de juiste papieren bij op 't moment van consultatie (paspoort, SIS-kaart, waarborgkaart, ...)
- Adres van arts of ziekenhuis niet gevonden
- Andere:

Praktische problemen

- Geen arts of ziekenhuis in de buurt
- Geen vervoer beschikbaar
- Tijdsgebrek
- Lange wachttijden
- Taalproblemen en geen tolk (familie, kennissen, professioneel) beschikbaar
- Andere:

Financiële problemen

- (Angst voor) een te betalen voorschot
- (Angst voor) hoge dokterskosten
- (Angst voor) hoge kosten van de voorgeschreven behandeling
- Financiële nood op het moment van de verwijzing
- Weigering door OCMW of asielcentrum om de kosten te dragen
- Weigering van arts om "Dringende Medische Hulp..." toe te passen
- Andere:

Problemen eigen aan het verblijfsstatuut

- Een verwachte verbetering van het statuut (bv. einde procedure, einde wachttijd mutualiteit, ...)
- Angst om zich bekend te maken (Bv. igv. illegaal verblijfsstatuut)
- Geen vrije keuze van zorgverstrekker (bv. verplicht consulteren via Spoedgevallen)
- Andere:

Cultuurgebonden hindernissen

- (Angst voor) onbegrip bij de arts/in het ziekenhuis
- (Angst voor) een onvriendelijke houding bij de arts/in het ziekenhuis
- Taboe rond bepaalde onderwerpen
- Schaamte om zich te laten onderzoeken door een arts
- Tijdelijk niet toegestaan om religieuze redenen: ramadan, ...
- Weinig vertrouwen in de Belgische geneeskunde
- Andere:

Tekort aan informatie

- Over de noodzaak van medische verzorging bij dit probleem
- Over de medische ingreep zelf (angst)
- Over de werking van de gezondheidsinstanties in België (huisartspraktijken, ziekenhuizen, tandarts kabinetten, ...)
- Over welk type arts moest geraadpleegd worden (huisarts, specialist, welk specialisme)
- Over bij welke specifieke arts ze terecht kunnen (naam, adres, tel)
- Over hoe een afspraak kan gemaakt worden bij de arts
- Over de grootte van de te verwachten kosten
- Over wie de kosten zal dragen
- Andere:

Andere:

**BIJLAGE 4: Problemen bij doorverwijzing door de CLB-arts
Opvolgvragenlijst**

Enquêteur:
Tolk:
Datum van afname:

Leerlinggegevens

Naam:
Voornaam:
Geboortedatum:
School:
Klas:
Was er een wijziging in het verblijfsstatuut t.o.v. de vorige bevraging?
 Neen
 Ja, namelijk:
Was er een wijziging in het recht op medische zorgen t.o.v. de vorige bevraging?
 Neen
 Ja, namelijk:

**Bij vragen of onduidelijkheid: contacteer Dr. Kris KEERSMAEKERS
Tel.nr.**

Een tijdje terug werd de bevragee gecontacteerd n.a.v. een probleem met een doorverwijzing door de CLB-arts.

Er werd toen een bevraging gedaan door een medewerker van PINA-18 of het CLB, waarna in sommige gevallen een begeleiding werd opgestart.

In vergelijking met het moment van de vorige bevraging vindt de bevragee dat...

1. **hij/zij de werking van de gezondheidsinstanties beter begrijpt (bv. weten hoe je bij een dokter terecht kan, hoe je aan medicijnen geraakt, ...)?**
 - helemaal niet, hij/zij begrijpt er minder van
 - neen, er is geen verschil
 - ja, een beetje
 - ja, in belangrijke mate

2. **hij/zij één of meerdere diensten (dokters, ziekenhuizen, ...) beter kent?**
 - helemaal niet, hij/zij kent ze slechter
 - neen, er is geen verschil
 - ja, een beetje
 - ja, in belangrijke mate

3. **hij/zij de eigen rechten op gezondheidszorg, die horen bij zijn/haar verblijfsstatuut, beter kent?**
 - helemaal niet, hij/zij kent ze slechter
 - neen, er is geen verschil
 - ja, een beetje
 - ja, in belangrijke mate

4. **hij/zij beter weet hoe zijn/haar gezondheidszorgen kunnen terugbetaald worden?**
 - helemaal niet, hij/zij kent de mogelijkheden slechter
 - neen, er is geen verschil
 - ja, een beetje
 - ja, in belangrijke mate

5. **zijn/haar kansen om met succes beroep te doen op gezondheidszorg globaal toegenomen zijn?**
 - helemaal niet, zijn/haar kansen zijn kleiner
 - neen, er is geen verschil
 - ja, een beetje
 - ja, in belangrijke mate

6. De bevragee vindt dat zijn/haar toegang tot de gezondheidszorg verbeterde door

- Informatie** verkregen van
 - PINA-18
 - CLB
 - School
 - Andere, namelijk:

- Telefonische/schriftelijke **bemiddeling** door
 - PINA-18
 - CLB
 - School
 - Andere, namelijk:

- Actief **meegaan** naar de betrokken diensten door
 - PINA-18
 - CLB
 - School
 - Andere, namelijk:

- Andere, namelijk:**

- Weet het niet**

BIJLAGE 5: Interessante websites

Juridisch

<http://www.vreemdelingenrecht.be>

<http://www.diplomatie.be>

Statistieken

<http://www.dofi.fgov.be>

<http://www.fgov.be/cgvs>

<http://vbvcpr.fgov.be>

<http://www.raadvst-consetat.be>

Gezondheidszorg

<http://www.medimmigrant.be>

<http://www.de8.be/Medischezorg.htm>

<http://www.orientatiepunt.be>

<http://www.azg.be/nl/terrein/belgie-acces.htm>

<http://www.itg.be>

<http://www.pharos.nl>

<http://www.johannes-wier.nl>

Allerlei

<http://www.fedasil.be>

<http://www.de8.be>

<http://www.orientatiepunt.be>

<http://www.antiracisme.be>

<http://www.armoedebestrijding.be>

<http://www.vluchtelingenwerk.be>

<http://www.picum.org>

<http://www.ba-bel.be>

BIJLAGE 6: Personalia

CLB Stad Antwerpen

Lange Gasthuisstraat 24, 2000 Antwerpen. Tel.: 03-206 13 11; Fax: 03-206 13 16

Kris Keersmaekers (arts) *kris.keersmaekers@stad.antwerpen.be*

Ann Janssens (verpleegkundige) *ann.janssens@stad.antwerpen.be*

Sandra Van Genechten (CLB-anker SIT-N) *sandra.vangenechten@stad.antwerpen.be*

Liesbet Leenaerts (CLB-anker SIS2) *liesbet.leenaerts@stad.antwerpen.be*

Sarah Vrancken (CLB-anker SMIQ) *sarah.vrancken@stad.antwerpen.be*

Thania Bruneel (CLB-anker SMIQ) *thania.bruneel@stad.antwerpen.be*

Sofie Marievoet (CLB-anker SHIM Gen. De Wetstraat) *sofie.marievoet@stad.antwerpen.be*

PINA-18

Leopoldstraat 53, 2140 Borgerhout. Tel.: 03-229 07 62; Fax 03-270 02 01

Leen Ardui *Leen.Ardui@bz.Antwerpen.be*

Jeroen Stevens *Jeroen.Stevens@bz.Antwerpen.be*

Lusineh Badasian *Lusineh.Badasian@bz.Antwerpen.be*

Marijke Smits *Marijke.Smits@stad.antwerpen.be*

SHIM, afd. Gen. De Wetstraat (SHGE)

Generaal De Wetstraat 16, 2140 Antwerpen. Tel.: 03-235 64 93; Fax: 03-235 46 81

Sandra Van Orshoven (OKAN-coördinator) *shimb.gendewet@tiscali.be*

SMIQ

Quellinstraat 31, 2018 Antwerpen. Tel.: 03-201 62 80; Fax: 03-201 62 81

Jill Smet (OKAN-coördinator) *jill.smet@quellin.net*

Sito 5 afd. Notelaarstraat (SIT-N)

Notelaarstraat 10, 2660 Hoboken. Tel.: 03-744 25 97

Miek Gijsen (OKAN-begeleider)

Christof Van Dijck (OKAN-begeleider)

SIS2 afd. Marco Polo

Offerandestraat 19, 2060 Antwerpen. Tel.: 03-231 92 45; Fax: 03-233 86 73

Joris Verlinden (OKAN-begeleider) *secretariaat@stbo-marcopolo.be*

Martine de Braekeleer (OKAN-coördinator)

VUB Dienst Maatschappelijke Gezondheidszorg

Laarbeeklaan 103, 1090 Brussel. Tel.: 02-477 42 13; Fax: 02-477 42 19

Prof. Dr. AnneMarie Depoorter (promotor)