



Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune
Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

Toegang tot primaire gezondheidszorg voor de Romabevolking

Rondetafelconferentie van 13 juni 2018, Nationaal Platform voor de Roma - Verslag

Inhoudsopgave

Toegang tot primaire gezondheidszorg voor de Romabevolking	1
Rondetafelconferentie van 13 juni 2018, Nationaal Platform voor de Roma - Verslag	1
Deelnemers	2
1. Inleiding	2
1.1. Toegang tot eerstelijnszorg voor kansarme groepen	2
1.2. Globale en geïntegreerde maar ook lokale benadering.....	3
2. Hoe wenden de Roma het zorgaanbod aan?.....	4
2.1. Verzekeraarbaarheid.....	4
2.2. Praktisch	4
2.3. Plaats	4
3. Toegankelijkheid van de zorg.....	5
3.1. Externe barrières	5
3.2. Interne barrières.....	5
3.3. Huidige antwoorden; te ontwikkelen antwoorden	6
3.4. Bestaande plaatsen / te ontwikkelen of te leren kennen (of ter inspiratie) om de toegang tot zorg te verbeteren.....	7
3.5. Besluiten: naar een solide, globaal en geïntegreerd huisartsenaanbod, gericht op de behoeften van de patiënt, met integratie van alle bevolkingsgroepen?	9



Deelnemers

Deelnemers/NAAM	VOORNAAM	DIENST	AFDELING
Mehmeti	Merina	De Schoolbrug vzw	
Dimitrovska	Manuela	De Schoolbrug vzw	
Covac	Daniela	Diogenes vzw	
Tierens	Regine	Mediconsult NASCI vzw	
Hoornaert	Chantal	Dokters van de Wereld	Integrale zorgcentra
Martijn	Isabelle	POD Maatschappelijke Integratie	Armoedebestrijding en stedelijke samenhang
Gerard	Vincent	Service Public de Wallonie	Direction Interdépartementale de la Cohésion Sociale
Coune	Isabelle	SP	
Hercot	David	Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie	Directie Gezondheid/Beleid
Gillis	Olivier	Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie	Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel Hoofdstedelijk Gewest
Rwubu	Miguel	Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie	Directie Bijstand aan personen/Beleid

GEEXCUSEERD : Elvira Hasan

1. Inleiding

1.1. Toegang tot eerstelijnszorg voor kansarme groepen

Uit de voorbereidende werkzaamheden voor het Brussels Gezondheidsplan van het voorjaar 2014 bleek nogmaals de vaststelling: kwetsbare bevolkingsgroepen hebben onvoldoende toegang tot eerstelijnszorg (huisarts). Ten gevolge van de sociale ongelijkheden die hen treffen zijn die patiënten immers: 1/ meer geneigd verzorging uit te stellen zolang hun problemen niet acuut worden, 2/ meer geneigd naar de spoedafdeling van een ziekenhuis te gaan bij dergelijke problemen, en dus 3/ lopen ze een groter risico dat hun gezondheidsproblemen verergeren bij gebrek aan gepaste en tijdige verzorging, wat zelfs tot chronische ziektes kan leiden.

Een van de beletsels voor snelle (en preventieve) gezondheidszorg voor die bevolkingsgroepen hield verband met de opsplitsing van het zorgaanbod. De artsen zijn namelijk nog vaak verspreid over het grondgebied en in het soort diensten aangeboden zonder dat deze bevolkingsgroepen hier een duidelijk zicht op hebben, en een globale en geïntegreerde benadering van hun gezondheidsproblemen blijft uitzonderlijk. Daarbij komt nog een wantrouwen van de instellingen (dat bij elk contact met een nieuwe arts moet overwonnen worden) en de noodzaak van andere prioriteiten



Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune
Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

in het dagelijks leven (eten, onderdak), en men begrijpt dat er veel beletsels zijn voor die bevolkingsgroepen ten opzichte van de minder kwetsbare.

1.2. Globale en geïntegreerde maar ook lokale benadering

Er zijn momenteel echter tendensen naar verandering, in de richting van een meer plaatselijke benadering (zelfs meer geïntegreerd, waar verschillende diensten toegankelijk zijn in een enkele ruimte), en multidisciplinair. Dus dichterbij, lokaal en geïntegreerd.

Dit is met name zo met de herschikking van de eerstelijnszorg in Brussel (door de Diensten van het Verenigd College van de GGC) en de opkomst van geïntegreerde benadering zoals via de projecten "Buurthulp en -zorg" van de GGC, of de nieuwe integrale zorgcentra beheerd door Dokters van de Wereld.

Deze rondetafelconferentie werd georganiseerd om de behoeften van de Romagemeenschap te horen op het vlak van gezondheidszorg, en om te zien hoe die nieuwe benaderingen van het zorgaanbod hoop bieden op een betere toegang tot primaire gezondheidszorgen.

Hierna volgt het resultaat van die oefening, waarvoor alle deelnemers hartelijk bedankt worden.



Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune
Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

2. Hoe wenden de Roma het zorgaanbod aan?

2.1. Verzekerbaarheid

Volgens de op de conferentie aanwezige ervaringsdeskundigen zijn de meeste van de 10.000 Roma in Brussel verzekerd. Men weet echter niet hoeveel van hen effectief verzekerd zijn.

Wat betreft het behoren tot de EU, bijna alle op straat levende Roma zijn Roemenen, en dus hebben ze geen recht op dringende geneeskundige hulpverlening (DGH) vóór drie maanden verblijf.

In verband met de toegang tot DGH: eenmaal men die verkregen heeft moet die om de drie maanden worden hernieuwd voor chronische ziektes en elke maand voor andere ziektes. De DGH moet overigens worden toegekend door het OCMW, en er zijn helaas evenveel toegangsprocedures als OCMW's (19 verschillende procedures in het Brussels gewest). De terugbetalingsvoorwaarden van de POD MI zijn strenger dan vroeger, waardoor de OCMW's er nog meer voor terugdeinzen om bepaalde terugbetalingen te aanvaarden die misschien niet zouden ten laste worden genomen door de POD MI.

2.2. Praktisch

De Roma maken maar sporadisch en laattijdig gebruik van de gezondheidszorg, en kennen de regeling slecht. Ook bepaalde culturele gewoonten beperken de toegang tot de zorg (zie hierna).

Geneeskunde wordt door de Roma vaak ervaren als te duur. De toegang tot DGH wordt beschouwd als te complex. We zien een tendens in de richting van traditionele geneeskunde (op zijn grootmoeders), zwangerschappen zonder raadpleging, het doorgeven van geneesmiddelen aan elkaar, enz. Dat leidt vaak tot een laattijdig gebruik van allopathie, en doorgaans via de spoeddiensten van ziekenhuizen.

De Roma zouden geneigd zijn sporadisch of bijna helemaal geen gebruik te maken van een agenda, zelfs als ze een vaste woonplaats hebben. Dat gebruik maakt het moeilijk om afspraken na te komen.

2.3. Plaats

In verband met de zorgplaatsen waar men de Roma vindt, merken onze gesprekspartners op dat weinig gezinnen zich inschrijven in een wijkgezondheidscentrum. Doorgaans is overigens begeleiding nodig om een medische kaart te krijgen die recht geeft op dringende geneeskundige hulpverlening (DGH). Eenmaal de Roma een plaats voor zorg hebben gevonden, lijken ze ook de voorkeur te geven aan stabiliteit, en blijven ze liever daar gaan dan elders (net zoals zij die bedelen op straat van stabiliteit houden).

Ter herinnering, bij de bedelaars is er een groep die is gehuisvest (wat niet altijd hetzelfde is als een referentieadres) en een groep dakloze bedelaars, die vaak leven waar ze bedelen.



3. Toegankelijkheid van de zorg

3.1. Externe barrières

Globaal gezien hebben onze gesprekspartners het gevoel dat de overheidsdiensten zich te weinig inspannen om de Roma te informeren, die zich in de steek gelaten voelen. Dat geldt voor alle zorg, met inbegrip van de preventieve geneeskunde.

Vaak vastgestelde barrières:

- De **vrees voor grote uitgaven**
- het gebrek aan **informatie**
- de **taal**barrière
- de barrière van de **administratieve procedures** (te complex en te veel). In dit verband herinnert het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn (OGW) eraan dat verzekeraarbaarheid verband houdt met een tewerkstelling en het hebben van een adres. Zelfs voor toegang tot DGH is een referentieadres vereist. Het OGW beklemtoont dat de gezondheidsregeling is georganiseerd vanuit het standpunt van de dienstverlener en het aanbod, en niet dat van de patiënt. Dat leidt voor alle "hoofdstukken" van de gezondheidszorg tot parallelle administratieve organisaties ("silo's") die moeizaam met elkaar communiceren en transversaal overeenkomen om het zorgtraject van patiënten vlot te krijgen.

3.2. Interne barrières

De interne barrières van de Romagemeenschappen mogen niet verwaarloosd worden. Ze lijken te kunnen beschouwd worden als culturele barrières.

Factoren als onderwijs en traditie spelen een centrale rol:

- sterk **geloof in God**, samen met een zeker **fatalisme**
- **taboe van geestelijke gezondheid**
- relatief **taboe van seksleven en voortplanting**
- De **mondelijke traditie** speelt een centrale rol, schriftelijk taalgebruik is zeldzaam en wordt gewantrouwd.

Voor de zorgverstrekking aan een groep, een gemeenschap, moet men de interne werking ervan kennen, en bekomen dat die in actie schiet. Men citeert het voorbeeld van een Romagemeenschap waar de schoonmoeder de stappen, voorschriften en taboes inzake contraceptie regelt. Jammer genoeg **variëren de groepen sterk van elkaar** op het vlak van die tradities: het is niet omdat men erin slaagde een groep te doen functioneren (zorgverstrekking) dat dit recept ook zal werken voor een andere groep of clan.

Bovendien **houdt elke clan aan zijn werkingswijze**: hij heeft een soort **identiteitskaart van de groep, bijna een blazoen**. Zo zal een clan trots zijn identiteit verdedigen, waaronder de voorschriften en



taboes op het vlak van gezondheid en opvoeding tot het seksueel en voortplantingsleven (EVRAS). Het is dus niet gemakkelijk, en zelfs niet oordeelkundig, om een zorgaanbod "tegen" die werking op te zetten, maar misschien om er kennis van te nemen om te begrijpen hoe men dat aanbod kan opzetten "met" dat geheel van voorschriften, dat clanmodel.

3.3. Huidige antwoorden; te ontwikkelen antwoorden

3.3.1. *Geldelijk aspect:*

- **Laagdrempelige toegang** zou de geldelijke barrière kunnen beperken (met name de praktijk van de derde betaler). NB: laagdrempelige toegang is ook een antwoord op de administratieve complexiteit van de toegang tot de zorg.

3.3.2. *Het gebrek aan informatie*

- Een **overzicht van het zorgaanbod** zou welkom zijn volgens onze gesprekspartners.
- Men wenst **zo concreet mogelijke informatie**, misschien in de vorm van antwoorden op bepaalde vragen die de Roma zich stellen.
- Het OGW herinnert aan de extreme complexiteit van de Belgische gezondheidsregeling. Niet alleen de gebruikers moeten goed geïnformeerd zijn over het aanbod, **ook de artsen moeten goed geïnformeerd zijn over de problemen van die bevolkingsgroepen en over het reglementair kader dat hen begeleidt.**

3.3.3. *Mondelinge traditie, wantrouwen van het schriftelijke*

- De **jonge generaties van de Roma studeren meer** dan de vorige, wat hun verhouding met het schriftelijke zou moeten verbeteren.

3.3.4. *Barrières in verband met traditie:*

- Volgens de ervaringsdeskundigen moet men **begripvolle artsen** vinden.
- Verder blijft het nuttig om van elke Romafamilie of -clan de bijzondere werkwijze te begrijpen (identiteitskaart, blazoen) om er de **juiste contactpersonen te vinden** om de verhouding tot de zorgen in positieve zin te laten evolueren (zie het gezin waar de schoonmoeder de toegang tot contraceptie voor haar schoondochter beheerde).

3.3.5. *Administratieve complexiteit*

- De ontwikkeling van de zogenoemde (**laagdrempelige**) **0,5-lijnszorg** zou voorlopig een antwoord kunnen bieden op de administratieve barrière (geen referentieadres of zelfs tewerkstelling vereist) om een zorgtraject op te starten.
- Verder zouden de **multidisciplinaire teams** een veelbelovend alternatief kunnen bieden voor het zorgaanbod in parallelle administratieve organisaties ("silo's"). Zo zouden de diverse gezondheidsprofessionals, die momenteel over de stad verspreid zijn en wat de kwetsbare groepen er niet toe aanzet dat versnipperde zorgtraject af te leggen, min of



Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune
Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

meer op dezelfde plaats kunnen worden geconcentreerd. Dat zou het ook mogelijk maken om een teamoverleg te houden om in eenzelfde geval tussen te komen, naar gelang van de behoeften van de patiënt in plaats van volgens het zorgaanbod.

- De **POD MI financiert ervaringsdeskundigen** die de toegang van diverse culturele groepen tot de zorg in ziekenhuizen vergemakkelijkt. Hun eerste taak, naast het winnen van het vertrouwen van de patiënten in de instellingen, is het regulariseren van de administratieve situatie (verzekeraarbaarheid). Hun opdracht is afgebakend, in die zin dat ze zich niet mogen verplaatsen om buiten het ziekenhuis te werken, maar hen kan gevraagd worden om te werken via videoconferentie.

3.4. Bestaande plaatsen / te ontwikkelen of te leren kennen (of ter inspiratie) om de toegang tot zorg te verbeteren

3.4.1. *Brusselse Wachtdienst*

Deze wachtdienst (zie <http://www.gbbw.be/index.php/fr/doctors-on-call>) telt drie medische wachtposten (**Athena**, 1030 en **Medinuit**) waar men terecht kan met vlottende uurregeling ('s avonds in de week, weekends en feestdagen); een **dagkliniek** (ook op de post Athena); een **huisartsenwachtdienst thuis GBBW**, sedert enkele jaren geconventioneerd, die volgens de derdebetalersregeling werkt. NB: een niet verzekerde, die DGH krijgt, kan zich echter niet laten verzorgen in die vier wachtdiensten, maar moet naar de dagkliniek Athena gaan.

De laagdrempelige **dagkliniek Athena** is een van de pogingen om de toegang tot zorg voor de meest kwetsbaren te verbeteren. De kliniek doet niet alleen kortetermijnzorg, maar met name herverzekeraarbaarheid en de toegang tot de klassieke zorg.

3.4.2. *Centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie (CAZO) van Dokters van de Wereld*

In het CAZO "focust Dokters van de Wereld zich op haar belangrijkste missie: re-integratie in het reguliere zorgsysteem."¹

De patiënten worden ontvangen en men tracht hun administratieve situatie te begrijpen en wat er moet gebeuren om die te regulariseren en hun toegang tot zorg te bieden. Ondertussen worden ze ontvangen door de gezondheidsprofessionals die ze nodig hebben.

3.4.3. *NASCI vzw: preventieve begeleiding + project Mediconsult*

De vzw NASCI biedt samen met partners een preventieve eerstelijns gezondheidsadvies aan (kans)arme moeders en kinderen die (nog) geen reguliere gezondheidszorg kunnen genieten en geeft

¹Zie: <https://www.doktersvanderwereld.be/dokters-van-de-wereld-200-vrijwilligers-en-500-consultaties-week-brussel> (geraadpleegd op 10.05.2018).



Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune
Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

"inhoud aan ons project Mediconsult omtrent anticonceptie, borstvoeding en gezonde voeding voor baby's en peuters".²

3.4.4. *Integrale zorgcentra van Dokters van de Wereld*

Het betreft twee nieuwe geïntegreerde sociale en gezondheidscentra in Molenbeek en in Anderlecht. Die zijn ontstaan vanuit de vaststelling dat waar de eerstelijnszorg (artsen, verpleegkundigen, kinesisten) beantwoordt aan 90 % van de vraag, zij die nood hebben aan tweedelijnszorg die tweede lijn vaak niet halen. Vandaar ontstond het idee om centra op te richten die andere tussenkomsten integreren, waaronder de tweede lijn, met inbegrip van acties rond bepaalde gezondheidsdeterminanten

Het is de bedoeling dat patiënten in die centra gemakkelijk kunnen binnenlopen, er vriendelijk onthaald worden en niet beoordeeld worden, dat verschillende "gevallen" er niet in vakjes gestopt worden, dat men er vertrekt van de vraag van de patiënt zelf (soepele modellen, makkelijk aan te passen aan individuele noden).

Die centra functioneren met interculturele bemiddelaars. De Roma zijn er met name welkom.³

3.4.5. *Wijkgeneeskunde (Antwerpen)*

De Wijkgeneeskundepraktijk in Antwerpen is toegankelijk voor Roma. Onze contactpersonen waren er erg tevreden over. De Romapatiënten zijn geneigd altijd dezelfde arts te vragen.

3.4.6. *Wijkgezondheidscentra ("Maisons médicales")*

Wijkgezondheidscentra ("Maisons médicales") met groter sociaal engagement aanvaardden momenteel niet-verzekerde patiënten, en vaak kosteloos. Er moet een gestructureerde oplossing op lange termijn worden gevonden voor de financiering van die praktijkdiensten.

3.4.7. *Outreach work*

Verschillende organisaties actief op het grondgebied van Brussel-Hoofdstad verstrekken eerstelijnszorgen voor kwetsbare bevolkingsgroepen. Het betreft:

- **Straatverplegers vzw** werkt aan de herintegratie van daklozen, met name door rond hen een netwerk van sociale of medische verenigingen te mobiliseren;
- **Diogenes vzw** doet straatwerk met daklozen, analyseert hun vraag en richt hen, als ze dat willen, naar de bevoegde diensten. NB: Diogenes werkt met name met de interculturele bemiddelaars voor de Roma;
- **DoucheFLUX vzw** "bevordert de herintegratie van de meest hulpbehoevenden". Hiertoe organiseert de vzw medische en psychosociale wachtdiensten als dagklinieken en heroriëntering: "Deze is gratis en zonder afspraak. Een verpleegster levert de medische

² Zie: <https://www.nascivzw.be/> (geraadpleegd op 22.08.2018)

³ Zie: <https://www.medecinsdumonde.be/belgie/centres-de-sant%C3%A9> (geraadpleegd op 10.08.18)



Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune
Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

basiszorg en kan, indien nodig, doorverwijzen naar een meer gespecialiseerde medische hulpverlening. De maatschappelijk assistent van DoucheFLUX kan ook helpen om het administratieve luik van de medische verzorging in orde te brengen."⁴;

- Zonder de **Medibus van Dokters van de Wereld** te vergeten, een mobilhome herbouwd tot mobiel zorg- en ontmoetingscentrum, die de mensen ontmoet waar ze wonen. De Medibus ontvangt patiënten die dakloos zijn, slecht gehuisvest, met of zonder papieren enz. en neemt kennis van hun situatie. Hij richt hen vaak naar de CAZO of naar de dagkliniek (zie hoger). Maar de patiënten kunnen voor alles *rekenen op paramedische zorg, screening op infectieziektes zoals seksueel overdraagbare ziektes en steriel injectiemateriaal (...)*⁵

3.5. Besluiten: naar een solide, globaal en geïntegreerd huisartsenaanbod, gericht op de behoeften van de patiënt, met integratie van alle bevolkingsgroepen?

De toegang tot huisartseneerstelijnszorg voor Roma lijkt nog precair te zijn. **Intrinsieke factoren** kunnen worden ingeroepen, verband houdend met culturele tradities (sterk geloof in god en fatalisme; taboe rond geestelijke gezondheid en soms seksuele gezondheid en voortplanting; overwegend mondelinge traditie; zonder te vergeten dat elk gezin of elke clan sterk verknocht is aan zijn eigen functioneringswijze en die krachtig en fier opeist, net zoals **externe factoren** (context, zoals de vrees voor hoge uitgaven; gebrek aan informatie; de taalbarrière; het slecht begrip van administratieve procedures en jargon).

Men moet ook denken aan de opbouw van het **zorgaanbod in parallelle administratieve organisaties ("silo's")** die moeizaam met elkaar communiceren en transversaal overeenkomen om het zorgtraject van patiënten vlot te krijgen.

Sommige bestaande of te ontwikkelen instrumenten lijken te leiden naar oplossingen voor die momenteel nog ontoereikende toegang. Hiervan onthouden we de ontwikkeling van de **0,5-lijnszorg (laagdrempelig** - met versoepelde financiële en administratieve toegang); de ontwikkeling van **zo concreet mogelijke informatie**, eventueel in de vorm van een **overzicht van het plaatselijke zorgaanbod** en zonder te vergeten om **de artsen zelf in te lichten** over de problematiek van die bevolkingsgroepen en het reglementair kader dat hun traject uittekent. Het betrekken van **ervaringsdeskundigen**, nu al actief op diverse vlakken (met name het ziekenhuismilieu via de POD MI), is een andere uit te werken en te ontwikkelen vaste waarde. Ten slotte lijkt de **multidisciplinaire aard** van de teams (wijkgezondheidscentra, nieuwe integrale zorgcentra van Dokters van de Wereld enz.) eerder in de richting van een **globale en geïntegreerde benadering gericht op de behoeften van de patiënt**, ook bruggen te bouwen in een zorgaanbod dat tot nu toe eerder verzuild en versnipperd was, en op basis van het aanbod eerder dan de vraag. Die opkomende ervaringen van een globale en

⁴ Zie <http://www.doucheflux.be/notre-action/services/permanences/> (geraadpleegd op 10.08.18)

⁵ Zie: <https://www.medecinsdumonde.be/cinq-ans-de-m%C3%A9dibus-deux-fois-plus-de-personnes-en-situation-de-pr%C3%A9carit%C3%A9-rencontr%C3%A9es> (geraadpleegd op 10.08.18)



Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune
Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

geïntegreerde "holistische" benadering van de situatie van de gebruikers zullen op de voet worden gevolgd door de GGC.

We zullen hier niet *in extenso* terugkomen op de plaatsen waar die tendensen al gedeeltelijk merkbaar zijn (zie punt 3.4.), maar we sluiten af met een algemene opmerking, die onze denkoefening voorlopig afrondt: om de toegang tot de zorg te verbeteren rond vier thema's: 1/ administratieve complexiteit; 2/ informatie aan patiënten en zorgverleners; 3/ het soort communicatie (schriftelijk en administratief tegenover mondeling en 'menselijk') en ten slotte 4/ de organisatie van het aanbod in verticale en parallelle "silo's", merkt het OGW op dat antwoorden moeten worden gezocht voor de hele bevolking, en binnen dat geheel voor de kwetsbare groepen, waaronder de Roma. Het aanbod moet dus niet verdeeld worden in evenveel onderaanbiedingen, die de groepen van patiënten en gebruikers met elkaar zouden laten concurreren. Beter is **een solide huisartsenaanbod dat strijdt tegen sociale ongelijkheid qua gezondheid door alle bevolkingsgroepen te integreren**. De tijdens deze rondetafelconferentie aangehaalde en te ontwikkelen of te consolideren voorbeelden van plaatsen en praktijken, kunnen evenveel inspiratiebronnen zijn om een dergelijk aanbod uit te bouwen.