|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| FACULTEIT  RECHTSGELEERDHEID |  |

ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN IN DE DRUGHULPVERLENING: EEN ANALYSE VAN DE BARRIÈRES BINNEN DE DRUGHULPVERLENING IN HET OOST-VLAAMSE ZORGCIRCUIT

Masterproef neergelegd tot het behalen van

de graad van Master in de criminologische wetenschappen

door (01205493) (Blomme Eva)

Academiejaar 2015-2016

Promotor : Commissaris :

Dr. Colman Charlotte Dr. de Kock Charlotte

# Voorwoord

Een masterproef is een intensief opleidingsonderdeel binnen de masteropleiding Criminologie. Na een periode van zes maanden leg ik de laatste hand aan mijn studie. De afgelopen paar maanden waren leerrijk en verruimend. Op wetenschappelijk gebied, maar ook inhoudelijk kreeg ik toegang tot een stortvloed aan informatie die geholpen heeft deze masterproef te maken tot wat ze is. Hierbij heb ik veel te danken aan iedereen in mijn omgeving die me bijstond met raad en daad. Het bracht echter ook heel wat vragen, onzekerheden, stressmomenten met zich mee, waarbij de hulp en steun van anderen onmisbaar was. Ik zou dan ook graag van deze gelegenheid gebruik maken om enkele mensen figuurlijk in de bloemetjes te zetten en hen oprecht te bedanken voor hun hulp bij het verwezenlijken van deze masterproef.

Ik zou op de eerste plaats mijn promotor, dr. Charlotte Colman willen bedanken om me bij te staan met raad en daad doorheen de hele masterproefperiode. U wist me steeds in de juiste richting te duwen, waarvoor mijn dank.

Daarnaast wil ik ook ten zeerste alle respondenten bedanken. In het bijzonder de heer Franssen, die mij in contact wist te brengen met heel wat andere hulpverleningsvoorzieningen. Ook aan alle professionelen die me hun kennis deelden en mij door de wirwar aan informatie wisten te loodsen, is een dankwoord op zijn plaats.

Ten slotte wil ik ook een klein dankwoordje richten aan mijn ouders, vrienden en vriend die de taak van het herlezen en het steunen dapper op zich namen, wanneer stress de bovenhand nam.

Aan jullie allemaal: een dikke merci!

Eva Blomme

# Inhoudstafel

[Voorwoord…………………………………………………………………………………………………….…..……..III](#_Toc451196449)

[Inhoudstafel………………………………………………………………………………………………………...……IV](#_Toc451196450)

**INLEIDING……………...………....…………………...……….......................................…...1**

[Situering en probleemstelling 1](#_Toc451196451)

[Doelstelling………………………………..………………………………………………………………........2](#_Toc451196452)

[Centrale onderzoeksvragen 3](#_Toc451196453)

[Structuur van de masterproef 4](#_Toc451196454)

**LITERATUURSTUDIE……………………………………………………...…………………...5**

[HOOFDSTUK 1.Conceptualisering 5](#_Toc451196455)

[1.1 Etnisch-culturele minderheden 5](#_Toc451196456)

[1.1.1 Etnisch-culturele minderheden en nationaliteit 5](#_Toc451196457)

[1.1.2 Begrip etnisch-culturele minderheden 5](#_Toc451196458)

[1.1.3 Heterogene groep 6](#_Toc451196459)

[1.1.4 Afbakening in deze masterproef 7](#_Toc451196460)

[1.2 Problematisch middelengebruik 7](#_Toc451196461)

[1.2.1 Wat zijn drugs? 7](#_Toc451196462)

[1.2.2 Problematisch middelengebruik 8](#_Toc451196463)

[1.3 Drughulpverlening 9](#_Toc451196464)

[1.3.1 Zorgcircuits 10](#_Toc451196465)

[1.3.2 Indeling in niveaus 10](#_Toc451196466)

[1.3.3 Conclusie 12](#_Toc451196467)

[HOOFDSTUK 2.Rol van cultuur bij drughulpverlening 13](#_Toc451196468)

[2.1 Twee benaderingen: Universalistisch en cross-culturalistisch 13](#_Toc451196469)

[2.2 cultuur in de drughulpverlening 13](#_Toc451196470)

[2.2.1 Interculturalisering 13](#_Toc451196471)

[2.2.2 De kijk op cultuur, opnieuw twee benaderingen 14](#_Toc451196472)

[2.2.3 Het belang van interculturalisering in de drughulpverlening 15](#_Toc451196473)

[HOOFDSTUK 3.Drempels voor etnisch-culturele minderheden in drughulpverlening 17](#_Toc451196474)

[3.1 Minder etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening? 17](#_Toc451196475)

[3.2 Barrières geassocieerd met drughulpverlening 18](#_Toc451196476)

[3.2.1 Algemene barrières 18](#_Toc451196477)

[3.2.2 Barrières bij instroom 20](#_Toc451196478)

[3.2.3 Moeilijkheden tijdens behandeling 22](#_Toc451196479)

[3.2.4 Moeilijkheden bij uitstroom 24](#_Toc451196480)

[3.3 Conclusie 25](#_Toc451196481)

**PRAKTIJKGERICHT ONDERZOEK………………………………………………………27**

[HOOFDSTUK 1.Onderzoeksdesign 27](#_Toc451196482)

[1.1 Kwantitatief onderzoek 27](#_Toc451196483)

[1.1.1 Inleiding 27](#_Toc451196484)

[1.1.2 Secundaire bronnen 28](#_Toc451196485)

[1.1.3 Procedure 29](#_Toc451196486)

[1.1.4 Een goede methode? 29](#_Toc451196487)

[1.1.5 Deontologische overwegingen 30](#_Toc451196488)

[1.2 Kwalitatief onderzoek 30](#_Toc451196489)

[1.2.1 Onderzoekspopulatie 30](#_Toc451196490)

[1.2.2 Steekproef: 31](#_Toc451196491)

[1.2.3 Procedure en dataverzameling 32](#_Toc451196492)

[1.2.4 Data-analyse 33](#_Toc451196493)

[1.2.5 Een goede methode? 34](#_Toc451196494)

[1.2.6 Deontologische overwegingen 34](#_Toc451196495)

**RESULTATEN…………………………………….………………………………………………36**

[HOOFDSTUK 1.Kwantitatieve luik 36](#_Toc451196496)

[1.1 Treatment Demand Indicator (TDI) van Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) 36](#_Toc451196497)

[1.1.1 Rapport 2012 (Antoine & van Bussel, 2012) 37](#_Toc451196498)

[1.1.2 Rapport 2013 (Antoine et al., 2013) 41](#_Toc451196499)

[1.1.3 Rapport 2014 43](#_Toc451196500)

[1.1.4 Evolutie 46](#_Toc451196501)

[1.1.5 Conclusie: 49](#_Toc451196502)

[HOOFDSTUK 2.Kwalitatieve luik: 52](#_Toc451196503)

[2.1 Algemeen 52](#_Toc451196504)

[2.1.1 Heterogene groep 52](#_Toc451196505)

[2.2 Toegankelijkheid 54](#_Toc451196506)

[2.2.1 Wantrouwen 55](#_Toc451196507)

[2.2.2 Discriminatie 57](#_Toc451196508)

[2.2.3 Medische kijk op middelenmisbruik 58](#_Toc451196509)

[2.2.4 Culturele verschillen 59](#_Toc451196510)

[2.2.5 Het belang van motivatie 61](#_Toc451196511)

[2.3 Tijdens behandeling 62](#_Toc451196512)

[2.3.1 Taalbarrière 63](#_Toc451196513)

[2.3.2 Betrekken omgeving 65](#_Toc451196514)

[2.3.3 Culturele verschillen 66](#_Toc451196515)

[2.4 Uitstroom uit behandeling 69](#_Toc451196516)

[2.4.1 Integratie 69](#_Toc451196517)

[2.4.2 Socio-politieke context 71](#_Toc451196518)

[2.4.3 Terugkeer binnen gezin/cultuur 71](#_Toc451196519)

[2.5 Conclusie 72](#_Toc451196520)

**DISCUSSIE………………………………..……………………………………..…………………74**

1. [Etnisch-culturele minderheden in drughulpverlening 74](#_Toc451196521)

[1.1 Etnisch-culturele minderheden, een term met valkuilen 74](#_Toc451196522)

[1.2 De vertegenwoordiging van niet-Belgen binnen de Belgische drughulpverlening 75](#_Toc451196523)

[1.2.1 Geen ondervertegenwoordiging in België 75](#_Toc451196524)

[1.2.2 Oververtegenwoordiging van niet-Belgen binnen de MSOC’s, ondervertegenwoordiging in andere hulpverleningsvoorzieningen 75](#_Toc451196525)

[1.2.3 Ondervertegenwoordiging van EU-leden binnen de groep niet-Belgen 76](#_Toc451196526)

[1.2.4 Mogelijke verklaringen 77](#_Toc451196527)

[1.3 Barrières die etnisch-culturele minderheden ervaren in de drughulpverlening binnen het Oost-Vlaamse zorgcircuit 77](#_Toc451196528)

[1.3.1 Instroom in de drughulpverlening 77](#_Toc451196529)

[1.3.2 Behandeling in de drughulpverlening 79](#_Toc451196530)

[1.3.3 Uitstroom uit de drughulpverlening 79](#_Toc451196531)

2. [Algemene conclusie en aanbevelingen voor verder onderzoek 81](#_Toc451196532)

**BIBLIOGRAFIE………………………….……………………………………………………………….…………83**

**BIJLAGEN…………………………………….………………………………………...………………..…………..89**

# 

Inleiding

# Situering en probleemstelling:

In de huidige globaliserende wereld wordt de samenleving steeds diverser. Niet alleen cultureel, economisch en religieus is er een uitbreiding merkbaar, maar ook de etnische verscheidenheid neemt als maar toe. De samenleving wordt kleurrijker en iedereen brengt daarbij hun eigen culturele waarden en normen mee (Verschuere, 2014). Dit brengt echter ook nieuwe uitdagingen met zich mee. Waar hulpverlening in het verleden slechts in geringe mate geconfronteerd werd met de steeds toenemende etnische diversiteit, ligt die situatie vandaag anders. Niet zelden heeft een deel van het doelpubliek een andere culturele achtergrond. Deze etnisch-culturele groepen hebben hun eigen taal, cultuur, gewoonten en kijk op de wereld en die aspecten kunnen een rol spelen tijdens het behandelingstraject. Er kunnen namelijk discrepanties ontstaan tussen hun eigen leefwereld en de manier van werken in de welzijnssector. Niet enkel dit, maar ook andere barrières, gaande van een taalbarrière tot een fundamenteel andere benadering van de problematiek, kunnen zich opwerpen en zorgen ervoor dat in de bestaande hulpverlening cultureel diverse minderheden niet steeds even talrijk worden vertegenwoordigd (Piessens, Sinnaeve, & Suijs, 2004).

Bij drughulpverlening ligt die situatie niet anders. Etnisch diverse groepen ervaren vaak barrières die de stap tot de drughulpverlening verhinderen of het contact met voorzieningen tijdens behandeling bemoeilijken. Enerzijds kan hierbij worden gekeken naar factoren die de toegang tot de hulpverlening bemoeilijken, anderzijds naar barrières die ervaren worden tijdens de behandeling in de drughulpverlening en die zelfs tot een uitval kunnen leiden. Deze barrières kunnen als gevolg hebben dat er een lage instroom is van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening of de afloop van een behandeling geen positief resultaat kent (Priester et al., 2016).

Omtrent de aanwezigheid van etnisch-culturele minderheidsgroepen bestaat er discussie: waar sommige bronnen spreken van een geringere aanwezigheid van deze minderheidsgroepen in de drughulpverlening (Finn, 1996; Piessens et al., 2004; Verdurmen, Smit, Toet, Van Driel, & Van Ameijden, 2004) , spreken andere bronnen dat dan weer tegen (Derluyn et al., 2008; Scheppers, Van Dongen, Dekker, Geertzen, & Dekker, 2006). Het staat echter wel vast dat de minderheidsgroep bepaalde barrières ervaart die andere groepen in mindere mate ondervinden. Deze barrières situeren zich doorheen de verschillende fases van de drughulpverlening. Zowel naar de toegankelijkheid toe, als tijdens de behandeling, tot zelfs bij het verlaten van een voorziening zijn er belemmeringen. De oorzaken van die barrières situeren zich op verschillende vlakken. Die gaan van taal- en communicatieproblemen tot het ontbreken van culturele gevoeligheid bij de hulpverlening. De barrières stellen zich niet alleen ter hoogte van de voorzieningen zelf, maar ook op het niveau van het individu, of breder, de samenleving (Derluyn et al., 2008; Scheppers et al., 2006).

Het zijn net die barrières waar de interesse van deze masterproef naar uit gaat. Hierbij worden de verschillende fasen in de drughulpverlening betrokken, zodat ze niet worden verengd tot een louter toegankelijkheidsdebat (Piessens et al., 2004). Ze worden bekeken bij zowel de instroom, behandeling en uitstroom en gekaderd binnen het grotere geheel van de interculturalisering van de (drug)hulpverlening (Piessens et al., 2004).

Het is belangrijk cultureel-etnische minderheden in dit onderzoek niet als een aparte, homogene groep te beschouwen. Binnen de groep van etnisch-culturele minderheden kan niet iedereen over dezelfde kam worden geschoren: er zijn grote verschillen in nationaliteit, achtergrond, socio-economische kenmerken, enz. (Derluyn et al., 2008; Sannen, 2003). Er schuilt een grote diversiteit binnen de groep van etnisch-culturele minderheden, wat uitspraken over ‘het etnisch-cultureel traject’ en ‘het traject van personen met een Belgische etniciteit’ nuanceert.

# Doelstelling

De doelstelling van deze masterproef bestond erin inzicht en kennis te verwerven in de moeilijkheden die etnisch-culturele minderheden ervaren bij hun contact met de drughulpverlening door een analyse te maken van de specifieke barrières die zij ervaren tijdens verschillende fasen van de behandeling. Concreet werd gekeken of deze groep belemmeringen ervaarde om de stap te zetten naar de drughulpverlening, maar ook tijdens de behandeling en bij de uitstroom uit de drughulpverlening. Hierbij werden verschillende types van drughulpverlening (eerstelijnszorg, ambulante zorg, residentiële zorg) betrokken om op die manier een zo volledig mogelijk beeld te scheppen van de problematiek. Ook het gebruik van verschillende onderzoeksmethoden had deze finaliteit. Het onderzoek in deze masterproef werd dus een praktijkgericht onderzoek.

De relevantie van dit onderzoek is zowel theoretisch in de zin dat het kennisaanvulling beoogt, als praktisch, in de zin van het onder de aandacht brengen van de problematiek. De theoretische relevantie situeert zich in het feit dat barrières worden benaderd in de verschillende fases van de hulpverlening. Meerdere bronnen onderzoeken de belemmeringen en hun oorzaken, maar de opdeling naar de fasen wordt zelden gemaakt. Nochtans hangen deze barrières vaak samen met de fase van een behandeling in de drughulpverlening (Derluyn et al., 2008). Hierbij is veel literatuur voorhanden die de toegankelijkheid van voorzieningen onder de loep neemt, maar naar uitstroom uit de drughulpverlening is weinig onderzoek beschikbaar.

Het is echter vooral de praktische relevantie die hier doorweegt. Een kritische analyse naar de moeilijkheden die etnisch-culturele minderheidsgroepen ervaren binnen de drughulpverlening, heeft als doelstelling de pijnpunten onder de aandacht te brengen en op die manier een stap te zetten in de richting van een structurele aanpak van deze problematiek. Inzicht in de barrières helpt om de problematiek beter te begrijpen en kan uiteindelijk bijdragen aan de toegankelijkheid, het openstellen van de behandeling en het vergemakkelijken van de uitstroom uit de drughulpverlening. Op die manier wordt er een getracht een bijdrage te leveren aan de discussie van de interculturalisering binnen de (drug)hulpverlening.

# Centrale onderzoeksvragen

Om een beeld schetsen van de bestaande problematieken die etnisch-culturele minderheden ervaren voor, tijdens en na hun traject in de drughulpverlening, werd in eerste instantie de literatuur geraadpleegd. Dit om een achtergrond bij de problematiek te kunnen vormen en reeds bestaande kennis in kaart te brengen. Op die manier werd het onderwerp minder abstract en werd het geactualiseerd aan de meest recente bevindingen. De literatuurstudie diende voldoende te informeren over het onderwerp vooraleer een eigen onderzoek te initiëren en vormde om die reden een essentiële tussenstap. De klemtoom werd gelegd op de reeds gekende barrières die etnisch-culturele minderheden ervaren bij contact met drughulpverlening. Cultuur in de drughulpverlening vormt het theoretische kader bij de uitwerking van het onderzoek. Daarnaast werden ook de belangrijkste concepten binnen dit onderzoek uitgewerkt aan de hand van wetenschappelijke literatuur. Bij de literatuurstudie werden niet alleen wetenschappelijke bronnen geraadpleegd, maar ook de grijze literatuur in de vorm van websites en rapporten kwamen aan bod. De literatuurstudie betrekt zowel de nationale als internationale literatuur. Enkele van de gehanteerde zoektermen waren: etnisch-culturele minderheden, (drug)hulpverlening, verslavingszorg, allochtonen, vreemdelingen, drugmisbruik, middelengebruik, toegang tot behandeling, … Op deze termen werd ook in het Engels en Frans gezocht.

In tweede instantie werd gekeken naar secundaire data omtrent de vertegenwoordiging van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening binnen het zorgcircuit Oost-Vlaanderen. De vraagstelling die in dit kwantitatieve luik centraal stond, was ‘in welke mate etnische minderheden in de drughulpverlening vertegenwoordigd zijn en hoe de in- en doorstroom zich nu effectief verhoudt in vergelijking met autochtone groepen’. Dit werd gerealiseerd door secundaire gegevens over de Belgische drughulpverlening te analyseren aan de hand van jaarrapporten uit de jaren 2011, 2012 en 2013.

De bevindingen die hieruit naar voor kwamen, werden daarna getoetst aan de praktijk door middel van kwalitatieve bevraging bij experts uit verschillende types van hulpverlening. Dit vormde de voornaamste bron van resultaten bij dit onderzoek. De centrale onderzoeksvraag betreft hier de barrières van etnisch-culturele minderheden bij de drughulpverlening: ‘Welke barrières ondervinden etnisch-culturele minderheden in hun contact met de drughulpverlening?’. Deze onderzoeksvraag genereert de volgende deelvragen:

1. Identificeren welke barrières etnisch-culturele minderheden ondervinden respectievelijk bij de instroom in de hulpverlening (en dus gelinkt zijn aan toegankelijkheid), de behandeling (tijdens het contact met een hulpverleningsvoorziening) en bij de uitstroom uit de drughulpverlening.
2. Welke impact kennen deze barrières?

Deze onderzoeksvragen werden uitgewerkt aan de hand van kwalitatieve interviews. In het hoofdstuk methodologie wordt hier verder op ingegaan.

In een laatste luik zullen de onderzoeksresultaten worden aangewend om aanbevelingen te maken naar de praktijk, door middel van een kritische analyse van de knelpunten op vlak van instroom, behandeling en uitstroom.

# Structuur van de masterproef

In een eerste luik wordt de literatuur besproken, waarbij allereerst de verschillende concepten die een rol spelen in de masterproef worden verduidelijkt. Daarna volgt een schets van de theoretisch achtergrond, waarbij cultuur binnen de hulpverlening een duidelijk kader biedt. Daaropvolgend worden de verschillende barrières voor etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening, die de literatuur vermeldt, besproken.

Een tweede luik verduidelijkt de gehanteerde methodologie, met onder meer de verklaring voor de keuze van de aangewende methoden. Daarbij worden het kwantitatief en het kwalitatief luik afzonderlijk toelicht, en komen ook de onderzoekspopulatie, steekproef en ethische overwegingen uitvoerig aan bod.

Een derde luik geeft op zijn beurt de resultaten weer van de kwantitatieve en kwalitatieve analyse van het onderzoeksmateriaal. Deze worden uiteindelijk in de discussie van de resultaten hernomen en samengelegd.

De conclusie vat het onderzoek grondig samen en doet enkele aanbevelingen naar volgend onderzoek.

Literatuurstudie

# Conceptualisering

In dit hoofdstuk worden relevante begrippen verder verduidelijkt en afgebakend voor het verdere verloop van het onderzoek.

## Etnisch-culturele minderheden

De term etnisch-culturele minderheden omarmt een uitgebreide groep personen. Bovendien is het niet steeds duidelijk wie nu precies onder de benaming valt. Voor velen staat de term gelijk aan allochtonen, maar het begrip bevat meer dan enkel deze groep personen. Hieronder volgt een verduidelijking van het begrip.

### Etnisch-culturele minderheden en nationaliteit

Allereerst is het belangrijk dat etnisch-culturele minderheden worden onderscheiden van nationaliteit. Iemand kan tot een etnische minderheid behoren en toch Belg zijn. Bij nationaliteit wordt gekeken naar het geografisch gegeven en geen rekening gehouden met de culturele achtergrond van personen (Noens, Soyez, & Thienpont, 2010; Vandevelde, Vanderplasschen, & Broekaert, 2003). Nationaliteit verandert ook zelden iets aan de sociaal- economische positie van personen en kinderen van nieuwe Belgen worden automatisch Belg, terwijl zij nog steeds een andere etnisch-culturele achtergrond hebben (Geldof, 2011a). De term nationaliteit zorgt dan ook vaak voor een onderschatting van de groep en daarom wordt hier geopteerd voor de term etnisch-culturele minderheidsgroepen.

### Begrip etnisch-culturele minderheden

Een beschrijving van de term ‘minderheid’ werd door Capotorti gegeven in 1977. Hij beschreef een minderheidsgroep als ‘een groep burgers van een staat die een niet dominante positie bekleedt en in een kleiner aantal aanwezig is. Zij bezitten bepaalde religieuze, etnische of taalkundige karakteristieken die verschillen van de bevolking van de staat waar zij wonen en uiten een soort van samenhorigheid door hun cultuur, waarden, religie en taal te behouden.’ Deze beschrijving stelt dat etnisch-culturele minderheidsgroepen pas als zodanig kunnen worden beschouwd als zij ook effectief inwoner zijn van de staat. Deze beschrijving heeft als gevolg dat bijvoorbeeld migranten of zigeuners geen minderheden kunnen zijn. Een bredere interpretatie van het begrip zou dus op zijn plaats zijn (Van De Putte & Clement, 2003).

Een andere invulling wordt door Steenssens & Vermeire (2000) gegeven: ‘minderheden behoren niet tot de dominante meerderheid op vlak van sociale cultuur en worden dan ook gekenmerkt als groepen met een eigen cultuurpatroon’ (Steenssens & Vermeire, 2000, geciteerd in (Sannen, 2003)). Deze laat het nationaliteitscriterium achterwege, wat voor een bredere invulling zorgt. Deze beschrijving wordt ook gevolgd door Escobar & Vega (Escobar & Vega, 2006). Hij gaat de etniciteit gaan benaderen als onderscheiden groepen op basis van culturele achtergrond en historische gemeenschappelijke ervaring.

Een definitie voor het begrip vinden we ook in de wetgeving. Volgens het decreet van 28 april 1998 betreffende het Vlaams Beleid ten aanzien van etnisch-culturele minderheidsgroepen, worden deze laatste gedefinieerd als allochtonen, woonwagenbewoners, vluchtelingen en personen die in België verblijven zonder geldig verblijfstatuut. Specifiek behoren deze personen tot etnisch-culturele minderheden:

* Allochtonen: Minstens één van hun ouders of grootouders is van niet-Belgische afkomst en deze personen kennen een achterstelling vanwege hun afkomst of vanwege hun zwakke sociaaleconomische status.
* Woonwagenbewoners: Deze groep wordt beschreven als personen met een nomadische cultuur en traditioneel in woonwagens leven of geleefd hebben, die legaal in het land verblijven.
* Vluchtelingen: Dit zijn personen die ofwel erkend zijn als vluchteling beschreven zoals in het Internationaal Verdrag van Geneve (1951) ofwel asiel hebben aangevraagd in België en niet reeds afgewezen zijn.
* Personen zonder wettige verblijfstatus: Dit gaat om personen die geen wettig verblijfstatuut hebben, personen die zonder toestemming het land zijn binnengekomen en personen die ondanks dat de reisdocumenten verlopen zijn, toch nog in België verblijven.

In deze beschrijving wordt er minder gefocust op de verschillen in cultuur en taal, maar eerder op de afkomst en het feit van het ‘niet-Belgisch’ zijn. Anders dan bij Capotorti (1977) is hier geen sprake van de noodzaak een inwoner te zijn van het land om als minderheid te worden erkend.

### Heterogene groep

De term etnisch-culturele minderheden schept een accurater beeld van minderhedenvertegenwoordiging dan nationaliteit. De term heeft echter ook een nadeel. Onder de term etnisch-culturele minderheden valt een heterogene groep mensen met grote verschillen binnen de groep zelf (Derluyn et al., 2008; Escobar & Vega, 2006; Gonzàlez Castro & Garfinkle, 2003; Sannen, 2003). De één heeft reeds lange tijd de Belgische nationaliteit verworven, anderen zijn nog niet in bezit van papieren. Tot die groep behoren vluchtelingen die in Vlaanderen terecht zijn gekomen nadat ze zijn gevlucht voor oorlog in eigen land, maar ook personen van wie de ouders of grootouders uitweken naar België om er werk te zoeken. Er kan dus niet worden gesproken over dé groep van etnisch-culturele minderheden, omdat interne verschillen binnen de groep ook heel groot kunnen zijn (Sannen, 2003).

### Afbakening in deze masterproef

In het kader van deze masterproef wordt ervoor gekozen om de term etnisch-culturele minderheden af te bakenen zoals in de het decreet ten aanzien van etnisch-culturele minderheden (1998) wordt omschreven. Dit geeft een duidelijk beeld over wat onder de term wordt begrepen. Bovendien is het de definitie die door de hulpverlening wordt gehanteerd en zorgt dit bijgevolg niet voor verwarring.

## Problematisch middelengebruik

In dit hoofdstuk volgt een verduidelijking van wat onder de termen drugs en problematisch druggebruik kan worden begrepen.

### Wat zijn drugs?

Vooraleer te spreken van problematisch middelengebruik, is het misschien goed om eerst kort te kijken naar wat drugs nu precies zijn.

Volgens Geirnaert & Lambrechts (Geirnaert & Lambrechts, 2004) zijn drugs stoffen die ingenomen worden om een invloed te hebben op het denken, voelen en waarnemen.

Deze omschrijving wordt uitgebreid door Sussman en Ames (Sussman & Ames, 2008) die drugs gaan beschouwen als middelen die een menselijk lichaam gaat opnemen en lichamelijke processen verandert. Deze middelen kunnen worden geïnjecteerd, gerookt, gesnoven of ingeslikt. De beschrijving van de World Health Organisation (WHO) stelt grotendeels overeen met deze laatste definitie, maar wordt verder gespecificeerd naar processen van biochemische of fysiologische aard van het weefsel en organismen.

Een omschrijving die aansluit bij de beschrijving van Sussman en Ames, is die van Kerssemakers, van Meerten, Noorlander & Vervaeke (Kerssemakers, van Meersten, Noorlander, & Vervaeke, 2008). Zij gaan drugs gaan benoemen als middelen die het centraal zenuwstelsel gaan beïnvloeden, waardoor het niet op een normale manier gaat functioneren. De middelen kunnen het zenuwstelsel onderdrukken, stimuleren of verstoren.

Samenvattend kan dus worden gesteld dat drugs stoffen zijn die inwerken op processen van biochemische en fysische aard, maar ook het bewustzijn kunnen beïnvloeden.

Definities zoals ze hierboven zijn weergegeven, maken geen onderscheid tussen illegale drugs en legale middelen zoals alcohol en tabak. In deze masterproef wordt de focus van het druggebruik vooral gelegd op de illegale varianten, daar een volledige benadering van het begrip ‘drugs’ het onderzoek te omvangrijk zou maken.

### Problematisch middelengebruik

Verslaving, drugafhankelijkheid, middelenmisbruik, … er zijn veel manieren om problematisch druggebruik te benoemen. De term ‘verslaving’ wordt steeds minder gehanteerd in tegenstelling tot de begrippen ‘misbruik’ en ‘afhankelijkheid’, die alsmaar vaker in de mond worden genomen.

Globaal genomen wordt het onderscheid problematisch en niet-problematisch druggebruik gehanteerd. Het gebruik van middelen heeft namelijk niet altijd het gevolg van afhankelijkheid door de persoon die het gebruikt. Gebruik zonder zichzelf of anderen schade toe te brengen, is niet problematisch. We herkennen dat dan vaak ook bij de sociaal aanvaarde drug, met name alcohol (Geirnaert & Lambrechts, 2004). Problematisch gebruik heeft een brede invulling die gaat van misbruik tot afhankelijkheid. Bij drugmisbruik is er sprake van het gebruiken van een drug op een manier zoals die niet bedoeld was, waardoor een opeenstapeling aan negatieve gevolgen uiteindelijk kan zorgen voor misbruik (Sussman & Ames, 2008).

DSM-IV (American Psychiatric Association, 2013) gaat een andere opdeling hanteren, namelijk een onderscheid tussen misbruik en afhankelijkheid. Van middelenmisbruik is hier sprake, wanneer één van de volgende kenmerken zich manifesteren binnen de periode van 12 maanden:

1. herhaaldelijk gebruik waardoor er problemen ontstaan in arbeid-, thuis of schoolcontext
2. herhaaldelijk gebruik in situaties waar het fysiek riskant is, zoals bij het hanteren van machines, het rijden van een auto, enz.
3. herhaaldelijk gebruik waardoor er sprake is van mogelijke schade aan zichzelf of anderen
4. herhaaldelijk gebruik waardoor men in aanraking komt met politie of gerecht of het verderzetten van het gebruik ondanks de problemen die worden ondervonden

Van afhankelijkheid wordt er gesproken wanneer minstens drie van de volgende zeven kenmerken zich tegelijk manifesteren binnen een periode van 12 maanden:

1. Tolerantie
2. Onthoudingsverschijnselen
3. langer gebruiken dan oorspronkelijk de intentie was
4. veel tijd spenderen in het verkrijgen van het middel
5. niet succesvol bij pogingen om te stoppen
6. doorgaan ondanks problemen bij verder gebruik
7. moeilijkheden bij sociaal contact door het middelengebruik

Samengevat valt dit dus te definiëren als middelgebruik waarbij de gebruiker het middelengebruik niet kan staken en dit leidt tot een onaangepast gebruik, stoornissen of problemen (Geirnaert & Lambrechts, 2004). Het element controle is hier eminent. Een echte definitie van de begrippen wordt hier echter niet gegeven. Ook in de recentste versie van de DSM, gaat men opnieuw gaan verwijzen naar misbruik en afhankelijkheid door middel van kenmerken. Hierbij worden kenmerken weergegeven die duiden op verminderde controle, moeilijkheden op sociaal vlak, riskant gebruik van het middel en farmacologische gevolgen zoals tolerantie en ontwenningsverschijnselen.

Een definiëring van de concepten wordt wel gevonden bij de World Health Organisation (WHO). Deze definieert middelenmisbruik als schadelijk gebruik van psychoactieve stoffen dat kan leiden tot een afhankelijkheid van de stof. Die afhankelijkheid is op zijn beurt dan weer het resultaat van herhaaldelijk middelenmisbruik en heeft verschillende gedrags-, cognitieve en fysiologische gevolgen zoals moeilijkheden in het controleren van het gebruik van drugs, het ontwikkelen van tolerantie, hoogste prioriteit geven aan de drug, een sterk verlangen naar de drug, enz.

Beide definities leggen de focus op de moeilijkheid om de controle te behouden en het benadrukken van het sterke verlangen naar de drug (Kerssemakers et al., 2008).

Doorheen de masterproef wordt hoofdzakelijk gesproken van middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid om zo begrippen met een connotatie verder te vermijden.

## Drughulpverlening

Wanneer mensen er niet in slagen hun druggebruik te bedwingen, kunnen zij beroep doen op een breed aanbod aan hulpverlening. De gemeenschappelijke doelstelling van de drughulpverlening is in de eerste plaats het bevorderen van de levenskwaliteit op fysiek, psychologisch en sociaal vlak, waarbij de cliënt zijn autonomie kan behouden (Casselman & Kinable, 2007).

Onder de drughulpverlening valt een brede waaier aan organisaties, met elk hun eigen disparaat aanbod. Dit aanbod moet niet enkel gedifferentieerd zijn, ook flexibiliteit is cruciaal. Hulp bij problematisch middelengebruik is vaak complex omdat deze problematiek wordt beïnvloed door zowel psychologische, sociale als biologische factoren en dat maakt dat de hulpvraag zich niet louter op één domein situeert (Casselman & Kinable, 2007).

In België zijn verschillende werksoorten ontstaan, aangepast aan de kenmerken van het middelengebruik, aan de verschillende behandelingsmodellen, aan de vereisten van het zorgaanbod en van de specifieke behandelingen (Geirnaert & Lambrechts, 2004). Indien er geen goede onderlinge samenwerking en afstemming bestaat tussen die verschillende voorzieningen(werksoorten), blijft een breed aanbod onvoldoende om te kunnen beantwoorden aan de complexe problematiek van problematisch middelengebruik. Vanuit die achtergrond heeft men het antwoord op de steeds groeiende diversiteit en continuïteit gevonden in de zorgcircuits (W. Vanderplasschen & Lievens, 2007; Wouter Vanderplasschen, Mostien, Claeys, Raes, & Van Bouchaute, 2001).

### Zorgcircuits

Problematisch druggebruik kent een procesmatig en gecompliceerd karakter en de behandeling moet hierop kunnen inspelen. Continuïteit bij behandeling is van groot belang, omdat een terugval niet zelden voorkomt. Vanuit die vaststelling is het concept zorgcircuit ontstaan, waarbij het zorgaanbod tussen voorzieningen wordt afgestemd op elkaar in een bepaalde regio zowel op vlak van samenwerking, als op vlak van inhoud (Geirnaert & Lambrechts, 2004). Het begrip ‘zorgcircuit’ werd dan ook in de wetgeving vastgelegd in 2002 (W. Vanderplasschen & Lievens, 2007). Hier vormt de cliënt met zijn hulpvraag het centrale punt van waaruit voorzieningen vertrekken. Op die manier worden zorg op maat en continuïteit gegarandeerd (W. Vanderplasschen & Lievens, 2007)

### Indeling in niveaus

Het zorgaanbod in Vlaanderen wordt verder ingedeeld om een antwoord te formuleren op de drugsproblematiek. Die indeling gaat van ambulant naar residentieel, hoog- en laagdrempelig, kort- en langdurig verblijf en het al dan niet gebruik maken van substitutie (Van Deun, 2008). Niet-categoriale hulpverlening staat vooral in voor het vroegtijdig herkennen van signalen. Zowel categoriale als niet-categoriale hulpverlening staan ook in voor de aanpak van het middelenmisbruik.

#### Laagdrempelige, niet specifieke alcohol- en drughulpverlening

Dit is de eerste vorm van hulpverlening, die meestal als aanspreekpunt dient voor een bepaalde problematiek. Zij schatten de problematiek in en kunnen doorverwijzen als er een specifiekere begeleiding nodig zou zijn. Hun grootste taak is dus het herkennen van signalen. Er zijn dan ook heel veel verenigingen en organisaties die onder deze noemer vallen, denk maar aan dokters, CAW, JAC, scholen enz.

Hieronder vallen ook zelfhulpgroepen en straathoekwerkers. Zelfhulpgroepen zijn groepen die samenkomen en hun ervaring met een bepaalde problematiek delen om op die manier steun te kunnen bieden aan anderen. Hieronder vallen bijvoorbeeld de Anonieme Alcoholisten, Toxan en SOS Nuchterheid (VAD, 2015). Straathoekwerkers daarentegen zijn professionelen die personen met een problematisch gebruik gaan opzoeken in hun eigen omgeving om aan hen hulp en advies te verlenen (Geirnaert & Lambrechts, 2004; Keymeulen, 2008; VAD, 2015). Dit werkt drempelverlagend en op die manier wordt getracht een vertrouwensrelatie aan te sterken.

#### Ambulante drughulpverlening

Deze vorm van drughulpverlening is nog steeds laagdrempelig, maar werkt al vaker categoriaal. Kenmerkend voor deze vorm van hulpverlening is dat de behandeling kadert rond de cliënt en zijn omgeving binnen hun eigen context (Dom & Vanspringel, 2008). Het doel is vaak niet volledige abstinentie, maar vooral steun op psychosociaal, administratief en juridisch vlak. De focus ligt er hoofdzakelijk op een begeleiding naar een gezonde dagstructuur. Substitutiebehandeling zijn dan ook mogelijk (Geirnaert & Lambrechts, 2004; VAD, 2015).

Onder deze indeling vallen Medisch-Sociale Opvangcentra (verder verwezen als MSOC), Dagcentra, Dagkliniek, Centra voor Geestelijk Gezondheidszorg (verder verwezen als CGG). MSOC’s zijn zeer laagdrempelige voorzieningen die in de eerste plaats het doel hebben sociale, psychologische en medische risico’s te verminderen van cliënten en ook de risico’s voor de omgeving van cliënten te doen verminderen. Zij hanteren een multidisciplinaire aanpak dat onder meer een substitutiebehandeling bevat. Zowel onderhoudsbehandeling als ontwenning horen bij dat takenpakket (VAD, 2015; Van Bouchaute, 2008).

Onder dagcentra wordt een vorm van ambulante hulp verstaan, waar problematische gebruikers terecht kunnen, die door de residentiële hulpverlening niet worden bereikt. Het zijn multidisciplinaire centra die na een probleemverkennende fase verschillende modules aanbieden die op diverse levensgebieden inwerken (Keymeulen, 2008). Belangrijk is hier het onder controle krijgen van gebruik. Abstinentie is hierbij niet steeds het doel.

In de CGG wordt ook begeleid, maar de intensiteit varieert van centrum tot centrum. Het zorgaanbod is er multi-methodisch en er wordt gespecialiseerde en kwaliteitsvolle zorg geboden (Dom & Vanspringel, 2008). Het doel van de behandeling verschilt met bijvoorbeeld een MSOC, in de zin dat ze een totale geestelijke gezondheid nastreven, wat dus ook wil zeggen dat totale abstinentie wordt nagestreefd.

#### Residentiële drughulpverlening

Onder de residentiële hulpverlening vallen centra waar een opname vereist is en de cliënt dus tijdelijk in de voorziening zelf verblijft. Zo behoren therapeutische gemeenschappen, thuislozenwerking, crisisinterventiecentra, psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, ontwenningsafdeling van psychiatrische ziekenhuizen, ontwenningsklinieken en beschut wonen onder deze categorie (Geirnaert & Lambrechts, 2004; VAD, 2015).

Therapeutische gemeenschappen trachten een drugvrij milieu te creëren waar cliënten kunnen verblijven om zo abstinentie van de drug te verkrijgen. Dit is een tijdsintensieve en langdurige behandeling. De behandeling is een meer gespecialiseerde vorm van zorgverlening (Van Deun, 2008). Thuislozenwerking staat hier in contrast als een laagdrempelige, niet categoriale voorziening voor het opvangen van thuislozen met een problematisch middelengebruik.

Er zijn ook semi-residentiële voorzieningen, zoals de psychiatrische deeltijdsbehandeling. Deze voorzieningen zorgen, zoals de naam al doet vermoeden, deeltijds voor opvang, zoals bijvoorbeeld op weekdagen of overdag (VAD, 2015).

### Conclusie

Er zijn verschillende voorzieningen waar mensen met een problematisch middelengebruik terecht kunnen. Voorzieningen hebben gemeenschappelijk dat ze steeds de levenskwaliteit van de cliënt willen bevorderen, zonder zijn autonomie in gedrang te brengen (Geirnaert & Lambrechts, 2004; VAD, 2015). De ene voorziening streeft daarbij naar abstinentie, bij de ander gebeurt dit stapsgewijs waarbij het volledig drugvrij zijn niet het onmiddellijke doel is. De complexe problematiek vraagt een globale aanpak waarbij de hulpverlening op elkaar is afgestemd en die wordt aan de hand van zorgcircuits ingevuld.

# Rol van cultuur bij drughulpverlening

Etnische diversiteit neemt toe, ook binnen de drughulpverlening. Vaak echter botsen culturele gebruiken of gewoonten wat invloed kan hebben op de effectieve doorstroom van etnische minderheden tot de drughulpverlening, of meer moeilijkheden doet ondervinden tijdens de behandeling bij een voorziening. Een zekere gevoeligheid voor die cultuur is op zijn plaats (Castro & Alarcón, 2002; Finn, 1996). Die interculturalisering is reeds aan de gang, maar heeft vele dimensies en valkuilen. In het volgende hoofdstuk worden de visies op culturalisering binnen de drughulpverlening verder toegelicht.

## Twee benaderingen: Universalistisch en cross-culturalistisch

Er zijn twee benaderingen in de literatuur die een standpunt innemen over het belang van cultuur bij gedragsstoornissen, zoals hier specifiek druggebruik. De universalistische benadering neemt een standpunt in waarbij het constateert dat er universele psychiatrische stoornissen zijn en er geen opmerkelijke verschillen zijn tussen diverse culturele groepen. De cross-culturalistische benadering beweert net het omgekeerde, namelijk dat stoornissen een culturele factor hebben en dat cultuur bepaalde syndromen ‘kleurt’ (Derluyn et al., 2008; Escobar & Vega, 2006; Finn, 1996). Verschillende onderzoeken doen uitwijzen dat de culturele factor wel degelijk van belang is (Escobar & Vega, 2006; Room, Janca, Bennett, Schmidt, & Sartorius, 1996) en dat er bijvoorbeeld stoornissen zijn die cultuurgebonden zijn of bepaalde symptomen verschillen in andere culturen. Zo blijkt in bepaalde landen geen woord te zijn voor de stemmingsstoornis ‘depressie’ omdat men dat simpelweg niet zo kent. Dit wil niet zeggen dat individuen uit die bepaalde cultuur geen depressies kennen, maar dat een andere beleving bestaat rond de symptomen en verschijningsvormen (GGZ Groep, 2010; Hilderink, van‘t Land, & Smits, 2009).

## Cultuur in de drughulpverlening

Volgens de cross-culturalistische benadering wordt bij gevolg ook problematisch middelenmisbruik beïnvloed door cultuur. De invloed ervan mag dan ook niet onderschat worden in de drughulpverlening. Wat hiermee precies wordt bedoeld, wordt verduidelijkt in het volgende stuk.

### Interculturalisering

De rol van cultuur binnen de drughulpverlening wordt vaak geplaatst binnen het debat van interculturalisering van de hulpverlening. Het proces van interculturalisering wordt omschreven als een leerproces van de samenleving om verschillende omgangsvormen en perspectieven op de werkelijkheid te gaan gebruiken (Piessens et al., 2004). Het gaat om een proces dat steeds een brede visie wil behouden en vanuit verschillende standpunten wordt gekeken naar fenomenen of breder, de samenleving. Dit proces vindt plaats in de hulpverlening, maar ook in andere sectoren zoals bijvoorbeeld de medische sector, sportsector, enz. In essentie is het een debat omtrent het leren omgaan met diversiteit en complexiteit die bestaat in de samenleving (Verstraete, 1999). Een louter culturele dimensie gaan toevoegen is niet voldoende, omdat op die manier personen worden gecategoriseerd en passief ingedeeld. Ook de menselijke dimensie en de sociale omstandigheden spelen een rol.

Cultuur zorgt voor een bril in het kijken naar de omgeving rondom ons en de betekenis die eraan wordt gegeven (Verstraete, 1999). Die culturele diversiteit die er bestaat in de samenleving moet ook tot uiting komen in voorzieningen, zoals bijvoorbeeld in de hulpverlening. De impact van cultuur heeft een significante invloed op het kijken naar het dagelijkse leven en een verschil in cultuur zorgt dus voor verschillen in de standpunten (Piessens et al., 2004; Verstraete, 1999).

In de praktijk bestaat er soms een terughoudendheid van mensen uit de sociale sector om een hulpvraag vanuit een etnisch-culturele dimensie te benaderen (Geldof, 2011b). Deze worden gemotiveerd door te stellen dat ‘ze zich maar moeten aanpassen’, of dat problemen structureel moeten worden aangepakt in plaats van te kijken naar etniciteit. Wanneer men aan de slag wil met die diversiteit ervaart men bovendien al gauw beperkingen van de beschikbare methoden. Zo zijn de methodieken niet steeds aangepast aan het gediversifieerd cliënteel (Geldof, 2011b). Gebrek aan kennis van de achtergrond en de taal zorgen vaak voor tekortkomingen in het tegemoet komen aan de hulpvraag. Op die manier worden bepaalde voorzieningen als ‘cultureel blind’ omschreven, omdat ze niet of onvoldoende aandacht besteden aan de gevoeligheid voor culturele factoren (Finn, 1996).

### De kijk op cultuur, opnieuw twee benaderingen

Er kan opnieuw een onderscheid worden gemaakt in twee visies op cultuur, met elk hun gevolgen voor de hulpverlening. Enerzijds is er een categoriale benadering anderzijds een inclusieve benadering (Piessens et al., 2004; Verstraete, 1999).

Bij de categoriale benadering wordt er vertrokken van het beeld dat de maatschappij ingedeeld is in verschillende culturele en etnische groepen. Wanneer er interactie is, wordt die steeds overheerst door typische culturele eigenhecliden. Niet enkel deel je de taal, waarden en normen met je cultureel-etnische groep, ook specifieke noden en problemen worden gemeenschappelijk. Voorzieningen moeten hier dus categoriaal werken naar de specifieke noden van deze groepen, die verschillen van de manier van werken in de (drug)hulpverlening (Verstraete, 1999).

Een inclusieve benadering kijkt op een andere manier naar cultuur. Culturele achtergrond is enkel het beginpunt waaraan ervaringen, waarden en normen uit andere contexten worden toegevoegd. Elke persoon heeft eigen waardenbelevingen en gedragspatronen. Mensen maken als het ware deel uit van verschillende culturele groepen en ook binnen groepen is er een behoorlijke variatie (Piessens et al., 2004). Culturele variaties maken dus niet het verschil, eigen referentiekaders doen dat.

Beide benaderingen bestendigen het belang van cultuur in de hulpverlening, maar de aanpak hierbij is verschillend. Er zijn echter bij beide modellen ook kritieken op te merken. Zo is een categoriale indeling statisch en wordt er geen rekening gehouden met andere invloeden zoals persoonlijkheid of socio-economische achtergrond. Bovendien wordt stigmatisering op die manier in de hand gewerkt (Gielen, 2003). Wat bijvoorbeeld met kinderen van migranten, die ‘tussen twee culturen’ hangen?

Kritieken die kunnen worden geformuleerd op de inclusieve benadering liggen bij de individualisering van het model. Het volledig verlaten van de doelgroepenbenadering brengt een moeilijkheid voor zwakkere cliënten, die nu geïsoleerd staan van de groep (Piessens et al., 2004).

Er is over het algemeen een consensus om het middel te houden tussen deze twee uitersten. Een mengvorm van zowel categoriale als inclusieve hulpverlening combineert de beste eigenschappen van de twee modellen en komen voor een groot stuk tegemoet aan de kritieken die worden geformuleerd.

### Het belang van interculturalisering in de drughulpverlening

Er wordt dus een bepaalde manier van culturele gevoeligheid verwacht van de drughulpverlening. Het belang hiervan kwam in meerdere onderzoeken naar voor en wordt hier kort uitgelegd.

Finn (1994) duidt in zijn onderzoek naar de noden van etnisch-culturele minderheden het belang aan van een zekere culturele gevoeligheid. Culturele factoren zijn namelijk een belangrijk aspect van iemands identiteit (Castro & Alarcón, 2002; Finn, 1996). Wanneer cultuur geen rol krijgt binnen een behandeling werpen zich al snel problemen op omdat, zoals hierboven aangehaald, drughulpverlening op meerdere levensdomeinen inwerkt. Cultuur is een essentiële factor die verschillende van die domeinen bepaalt of beïnvloedt. Zo kunnen bepaalde culturele karakteristieken een volledige deelname aan bepaalde programma’s bemoeilijken. Sommige personen die tot een etnische minderheid behoren, hebben het bijvoorbeeld moeilijk hebben om familiale problemen onder woorden te brengen aan buitenstaanders (en dus ook hulpverleners). Dit past in het bredere geheel van hun cultuur. Een cultuurgevoelige benadering kan in dit soort situaties zorgen voor een bepaalde vorm van ‘onderling begrip’, waarbij een cliënt zich uiteindelijk beter kan relateren met de hulpverlener (Masson et al., 2013). Wil behandeling dus effectief zijn, dan vormt culturele gevoeligheid een sleutelbegrip. Het is echter wel belangrijk hierbij niet in stereotypen te gaan vervallen (Finn, 1996).

Culturele gevoeligheid of interculturalisering heeft dus een belangrijke invloed op de kwaliteit van een behandeling, wat dan weer zijn uitwerking kan hebben op de toestroom of net de (vervroegde) uitstroom in de drughulpverlening (Hilderink et al., 2009; Tjaden, 2004).

# Drempels voor etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening

## Minder etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening?

Over de al dan niet geringe instroom van etnische minderheden in de drughulpverlening zijn de verschillende studies het niet steeds eens met elkaar. Uit een Belgisch onderzoek van Derluyn et al. (2008) en Nederlandse cohortstudie van Verdurmen et al. (2004) blijkt deze groep over het algemeen niet minder vertegenwoordigd in de drughulpverlening dan de etnisch-culturele meerderheid.

Andere onderzoeken wijzen dan wel weer op de opvallende lage aanwezigheid van etnische-culturele minderheden in de drughulpverlening. Verschillende Amerikaanse onderzoeken tonen aan dat etnisch-culturele minderheden minder hun weg vinden naar de (drug)hulpverlening. (Reid, Crofts, & Beyer, 2001; Scheppers et al., 2006; Wells, Klap, Koike, & Sherbourne, 2001). Ook een Nederlandse studie maakt hier aantekeningen van (Scheppers et al., 2006). Niet alleen stelt men vast dat er een verminderde aanwezigheid is van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening, hun traject blijkt vaak korter te zijn dan bij de etnisch-culturele meerderheid.

Hoewel over de vertegenwoordiging van etnisch diverse groepen in de drughulpverlening discussie bestaat, beamen meerdere bronnen dat etnisch-culturele minderheden niet doorheen elke type drughulpverlening op dezelfde manier vertegenwoordigd zijn. Zo wordt in de onderzoeken van Derluyn et al. (2008) en Verdurmen et al. (2004) opgemerkt dat binnen de residentiële hulpverlening deze groep beduidend minder aanwezig is. In de Nederlandse cohortstudie blijkt ook dat binnen de methadonbehandeling (harm-reduction strategie) etnisch-culturele minderheden in mindere mate worden vertegenwoordigd.

Waar dus verschillende studies elkaar tegenspreken op vlak van algemene vertegenwoordiging van etnisch-culturele minderheden binnen de drughulpverlening, worden wel verschillen gevonden wanneer men gaat specificeren naar type drughulpverlening (Scheppers et al., 2006).

Wanneer vervolgens wordt gekeken naar de uitstroom uit de drughulpverlening, vermelden verschillende bronnen dat etnisch-culturele minderheden in grotere getale de drughulpverlening vervroegd verlaten (E. Guerrero, Fenwick, Kong, Grella, & Aunno, 2015; E. G. Guerrero et al., 2013; Saloner & Le Cook, 2013). De uitval is met andere woorden opmerkelijk groter dan bij de etnisch-culturele meerderheid. Niet alle bronnen bevestigen deze stelling (Derluyn et al., 2008; Tjaden, 2004). Een nuancering is hier wel op zijn plaats: volgens een studie is de vervroegde uitstroom vooral afhankelijk van het type drugs dat wordt gebruikt en in mindere mate gerelateerd aan een etnisch-culturele achtergrond. Bovendien zijn de onderzoeken die verhoogde uitval bevestigen, vooral Amerikaanse studies. Hulpverlening in Amerika valt moeilijk te vergelijken met de Belgische situatie en bijkomend worden etnische minderheden vaak verengt tot Latijns- en Afro-Amerikanen.

## Barrières geassocieerd met drughulpverlening

De vraagstelling van deze masterproef betreft de barrières die etnisch-culturele minderheden ondervinden in de drughulpverlening. Een belangrijke vaststelling in meerdere onderzoeken is dat sommige drempels gebonden zijn aan het traject, bijvoorbeeld aan de toegang tot de hulpverlening of tijdens de behandeling zelf (Derluyn et al., 2008; Masson et al., 2013). Het lijkt daarom interessant om in de literatuur per fase in de hulpverlening te gaan kijken welke barrières daar specifiek mee samen hangen. Bij de opsomming van barrières die in verschillende onderzoeken naar voor kwamen, wordt een opdeling gehanteerd naar cliëntniveau, niveau van de voorziening en het niveau van de organisatie. Dit in navolging van het literatuuroverzicht van Scheppers et al. (2006) en het Amerikaans onderzoek van Asgary et al. (2011), die de indeling baseerde op het Andersen-model.

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van een bronnenonderzoek nagezien wat door etnisch-culturele minderheden wordt ervaren als barrière bij zowel de instroom naar de drughulpverlening, bij de behandeling tijdens en het verlaten van de voorziening. Er wordt allereerst een opsomming gegeven van algemene barrières, die niet specifiek gebonden zijn aan één van de fases.

### Algemene barrières

Bepaalde barrières zijn algemeen en kunnen niet specifiek gelinkt worden aan instroom, behandeling of uitstroom. Deze worden hieronder verduidelijkt.

#### Cliëntniveau

Factoren die een barrière vormen op cliëntniveau verwijzen naar factoren op het laagste niveau, concreet op het niveau van het individu. Uit een systematic review onderzoek van Scheppers et al. (2006) blijken socio-demografische factoren een eerste barrière op cliënteel niveau te vormen. Hiertoe behoren leeftijd, geslacht en burgerlijke staat. Sociaal structurele variabelen hebben vormen ook potentiële barrières. Hieronder verstaat men de sociaal-economische status (met name een lage status kan een barrière vormen), (moeilijke) leefomstandigheden of omstandigheden waarbij men in grote onzekerheid leeft, ondersteuning door familie en vrienden (met name de mate het ontbreken van een steunende rol), sociale ondersteuning. Hieraan kunnen de moeilijke sociale leefsituatie en het contact met ordehandhavende diensten aan worden toegevoegd, wat uit het kwalitatief gedeelte van het onderzoek van Derluyn et al. ook blijkt (Derluyn et al., 2008). Daarnaast blijken ook opvattingen en attitudes naar gezondheidszorg toe, persoonlijke toegang tot de mogelijk middelen (zoals bijvoorbeeld de toegang tot hospitalisatieverzekering, inkomen, culturele regels), de mogelijkheid om zelf voor behandeling te zorgen (wat verder aan bod komt als alternatieven op de drughulpverlening) of de perceptie over de oorzaak van het druggebruik mogelijke barrières te vormen (Scheppers et al., 2006). Relevante barrières gelinkt aan een fase in de drughulpverlening komen verder nog aan bod.

Een Amerikaans onderzoek van Castro & Alarcon (Castro & Alarcón, 2002) naar culturele variabelen in de verslavingszorg maakt vermelding van de mate waarin acculturatie, etnische identificatie en trots, afrocentrisme en biculturalisme een rol spelen (iets wat ook wordt bevestigd in het onderzoek van (Gonzàlez Castro & Garfinkle, 2003)). Deze kenmerken kunnen worden gebundeld onder ‘de mate waarin de culturele achtergrond met de dominante cultuur wordt geïntegreerd’. Acculturatie geeft de mate aan waarin personen elementen uit een andere cultuur overnemen, bij afrocentrisme staat de oriëntatie en trots op de Afrikaanse roots centraal en biculturalisme behandelt de manier waarop personen twee verschillende culturen integreren. Met andere woorden: de mate waarin een individu uit een etnisch-culturele minderheid zich identificeert met de dominante cultuur of juist niet kan in beide gevallen een barrière vormen. De beschermende factor volgt uit een succesvolle integratie van de twee culturen. Wanneer iemand dus beide culturen op een voldoende wijze kan integreren, vormt dit een soort extra beschermende factor bij drugpreventie. Conflicterende waarden tussen de eigen cultuur en de dominante cultuur kunnen echter voor extra stress zorgen, wat dan weer een risicofactor is (Gonzàlez Castro & Garfinkle, 2003). Ook in het onderzoek van Derluyn et al. (2008) wordt die identificatie waarbij men als het ware ‘tussen twee werelden’ valt naar voor geschoven als barrière. Wanneer namelijk een oplossing voor het druggebruik wordt gezocht in ‘één van de twee werelden’ wordt steeds een belangrijk deel van de eigen identiteit ontkent.

#### Niveau van de hulpverlener en de voorziening

Op het niveau van de voorzieningen staan kenmerken van de voorziening zelf centraal. Zo zijn de ingewikkeldheid van de procedures, de manier van communiceren en de culturele kennis (zoals eerder ook vermeld als interculturalisering) enkele voorbeelden die een drempel vormen voor etnisch-culturele minderheden. De relevante drempels komen aan bod wanneer de barrières naar gelang de fase in de drughulpverlening worden ingedeeld.

#### Niveau van organisatie

Hier gaat het over barrières op vlak van organisatie. Voorbeelden die worden aangehaald door Scheppers et al. (2006) zijn: medische paradigma’s waarop de behandeling wordt gebaseerd (het onderzoek van Derluyn et al. (2008) gaat dit medische paradigma gaan uitbreiden tot een psychotherapeutisch paradigma), het feit dat ze op consummatie gericht zijn, maar ook de wachttijden of het gebruik van bepaalde media worden als drempels ervaren. Opnieuw wordt dit onderwerp verder geëxploreerd wanneer de barrières worden benaderd per fase in de drughulpverlening.

### Barrières bij instroom

Barrières die worden beschreven in de literatuur die een link hebben met de instroom in de drughulpverlening worden hier aangehaald.

#### Cliëntniveau

Verschillende bronnen vermelden dat druggebruikers van een ander origine vaker teruggrijpen naar alternatieven voor de behandeling van hun druggebruik binnen hun eigen gemeenschap. Zo worden gebruikers bijvoorbeeld aangespoord om terug naar het land van herkomst te gaan of zich te verdiepen in religie. Vaak worden ook alternatieve behandelingswijzen aangewend om de druggebruiker te helpen verlossen van zijn (al dan niet problematisch) gebruik (Derluyn et al., 2008; El Osri, Haüser, Stevens, Swinnen, & Berdaï, 2011; Saloner & Le Cook, 2013; Scheppers et al., 2006). In de verschillende studies geven zowel de gebruikers zelf, als de familie of omgeving aan naar een oplossing van hun drugproblematiek binnen eigen omgeving te zoeken. Het blijkt echter vaak een tijdelijke oplossing te vormen en een herval vindt niet zelden plaats wanneer ze terug hun dagelijkse bezigheden starten. Verschillende bronnen geven daartoe redenen: Derluyn et al. (2008) vermelden de duale identiteit, zoals bij ‘algemene cliëntbarrières’ reeds werd aangehaald. In deze studie komt ook het gebrek aan kennis over middelenafhankelijkheid in de gemeenschappen om individuen met een verslavingsproblematiek effectief te helpen. El Osri et al. (2011) maakt van dit laatste ook een vermelding van in zijn kwalitatief onderzoek naar barrières van etnisch-culturele minderheden in de Antwerpse drughulpverlening.

Een andere barrière op cliënteel niveau blijkt onder meer te worden gekaderd binnen de taboesfeer omtrent drugafhankelijkheid die in sommige culturen heerst (El Osri et al., 2011; Reid et al., 2001). Het doodzwijgen van een drugproblematiek komt hoofdzakelijk voort uit schaamte. Daarmee gepaard wil men de gemeenschap of familie niet ten schande brengen. Enkele kwalitatieve studies geven aan dat drugproblematieken wel degelijk worden aangehaald in etnisch-culturele minderheidsgemeenschappen, maar dat men weinig of niet laat blijken dat dit ook effectief voorvalt binnen familiale kring om niet de indruk te wekken dat men geen hoofd weet te bieden aan private problematieken. Gezichtsverlies en schaamte naar buiten toe worden naar voor geschoven als voornaamste redenen, maar ook omdat de drughulpverlening hen vaak onbekend is (El Osri et al., 2011; Masson et al., 2013). In groot contrast voor de barrière die familie kan vormen ten gevolge van gezichtsverlies, wordt ook vermeld dat familie een nadrukkelijke beschermende rol speelt in de behandeling van druggebruik bij bepaalde etnisch-culturele minderheden. Hoewel de taboesfeer rond middelenmisbruik tot gevolg kan hebben dat contact met familie en gemeenschap mindert of wordt verbroken, blijkt dat wanneer er steun is van familie of van de gemeenschap dit net het omgekeerde effect heeft. Enkele onderzoeken spreken hier van een betere doorstroom in de hulpverlening wanneer familie een ondersteunende rol aanneemt (Derluyn et al., 2008; Noens et al., 2010; Reid et al., 2001). Familie kan dus zowel een barrière vormen als een beschermende factor naar de instroom in de drughulpverlening toe. Wanneer het druggebruik wordt geminimaliseerd uit schaamte voor de familie, vormt familie en de gemeenschap een barrière voor het individu. Wanneer de focus komt te liggen op de steun blijkt familie de stap richting drughulpverlening net te bevorderen.

Als laatste komt ook de bezorgdheid over de immigrantenstatus aan bod in enkele studies (Asgary & Segar, 2011; Finn, 1996; Masson et al., 2013). Deels uiten respondenten hier de angst om uitgewezen te worden wanneer zij hulp zoeken voor hun drugproblematiek. Een andere reden is de onzekerheid over de labeling dat niet langer louter het label ‘immigrant’ zou betekenen, maar ook ‘druggebruiker’. De stress vormt voor sommige etnisch-culturele minderheden een barrière op zowel instroom tot een voorziening als tijdens een behandeling zelf. De vrees voor dubbele uitsluiting komt ook aan bod in het onderzoek van Derluyn et al. (2008) en werd eerder al beschreven bij algemene cliënt-gerelateerde barrières.

#### Niveau van de hulpverlener en van de voorziening

Toegankelijkheid wordt vaak ook bemoeilijkt wanneer het niet duidelijk is welk aanbod aan hulpverlening er bestaat. Ook onvoldoende kennis over wat een behandeling inhoudt of doet, valt hier te kaderen (Reid et al., 2001). Die onwetendheid speelt uiteraard een rol in de verminderde vertegenwoordiging van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening (Masson et al., 2013; Scheppers et al., 2006)

Vertrouwen is een belangrijk gegeven naar het instromen tot de drughulpverlening (Hilderink et al., 2009; Hoberman, 1992). Een barrière vormt zich dan ook wanneer een wantrouwen bestaat ten opzichte van de drughulpverlening (Asgary & Segar, 2011). Dit is vaak gelinkt aan het feit dat bepaalde drughulpverlening onbekend is. Wat men niet kent, gaat men namelijk sneller gaan wantrouwen. In het onderzoek van Derluyn et al. (2008) wordt ook aangegeven dat dat vertrouwen vergemakkelijkt wanneer de hulpverlener zelf tot een etnisch-culturele minderheid blijkt te behoren.

#### Niveau van de organisatie

Op organisatorisch niveau vermelden enkele studies dat bepaalde etnisch-culturele groepen een andere kijk hebben op druggebruik en de behandeling ervan. Dit komt aan bod in het onderzoek van Derluyn et al. (2008), maar ook het literatuuroverzicht van Scheppers et al. (2006) gaat hier op in. Druggebruik wordt somatisch benaderd, waarbij een individu moet afraken van de lichamelijke klachten. Deze benadering kan worden vergeleken met een bepaald virus of bepaalde bacterie wanneer je ziek bent. Dit vormt een eerder medische kijk op de drugproblematiek en wijst op een verschil op tussen de referentiekaders van de drughulpverlening en etnisch-culturele minderheden. Dit vormt dan ook een barrière in de zin dat zij meer direct hulp zullen zoeken (zoals bij een huisarts of MSOC) en minder snel zullen toestromen in hulpverlening waar psychologische modellen worden gehanteerd (Hilderink et al., 2009).

Hierbij aansluitend blijkt uit een Nederlands onderzoek dat het feit dat een behandeling in drughulpverlening is afgestemd op Westerse waarden en normen, ook een barrière vormt voor etnisch-culturele minderheden. Wanneer bepaalde protocollen of richtlijnen dan worden gevolgd, blijkt dat dit vaak niet (of minder) werkt bij etnisch diverse groepen. Verschil in cultuur gerelateerde waarden ligt hier aan de basis (Hilderink et al., 2009).

Daarnaast kan het gevoel van discriminatie een barrière vormen voor etnisch-culturele minderheden tijdens de behandeling voor een drugproblematiek. Een Amerikaans surveyonderzoek constateerde dat etnisch-culturele minderheden minder vaak doorstromen tot de hulpverlening wanneer zij een vorm van discriminatie waarnemen. Ze stellen de beslissing tot opname uit vanwege de gepercipieerde discriminatie (Burgess, Ding, Hargreaves, van Ryn, & Phelan, 2008). Wanneer hier een opdeling wordt gemaakt naar discriminatie door hulpverlening en discriminatie in het alledaagse leven, blijkt deze laatste vooral door te wegen om de stap richting hulpverlening niet te zetten. Andere bronnen contesteren dit en geven aan dat vooral de onverdraagzaamheid door hulpverleners zelf bepalend zijn (Blanchard & Lurie, 2004; Hausmann, Jeong, Bost, & Ibrahim, 2008). De barrière heeft vooral uitwerking doordat discriminatie negatieve verwachtingen doet veronderstellen over hun behandeling, wat tevens in relatie staat tot het wantrouwen ten opzichte van de hulpverlening (zie supra). Onderzoek van Derluyn et al. (2008) vermeldt discriminatie door de hulpverlening zelf ook als barrière, zij het een barrière waaraan door verschillende initiatieven en ‘good practices’ getracht wordt tegemoet te komen.

### Moeilijkheden tijdens behandeling

Niet alleen naar toegankelijkheid of instroom toe kunnen zich problemen voordoen, maar ook wanneer een individu toegestroomd is tot een behandelingsprogramma kunnen zich bepaalde barrières opwerpen.

#### Cliëntniveau

Een van de grootste drempels die verschillende onderzoeken vermelden, is het communicatieprobleem tijdens behandeling van cliënten (Derluyn et al., 2008; Hilderink et al., 2009; Masson et al., 2013; Scheppers et al., 2006; Van De Putte & Clement, 2003). Taal is essentieel bij behandeling van een drugproblematiek wanneer het gaat over het uiten van emoties en problematieken (Derluyn et al., 2008). Spreekt iemand de taal niet, dan kan die persoon veel moeilijker geholpen worden. Niet alleen wanneer een individu de taal niet spreekt, maar ook het slecht begrijpen van de taal vormt een barrière. Dit zorgt voor wederzijdse frustratie. De nodige uitleg wordt niet voldoende overgebracht, wat voor miscommunicaties kan zorgen, net bij programma’s waar communicatie een belangrijke rol speelt. Dit kan vertrouwensproblemen met zich meebrengen (Derluyn et al., 2008). Daarnaast wordt er in dit Belgische onderzoek ook gewezen op cultuur- en waardeverschillen. Voor sommige etnische groepen is het praten over emoties bijvoorbeeld moeilijker (vaak wordt hiernaar verwezen als een vorm van machocultuur).

#### Niveau van de hulpverlening en van de voorziening

Uit het onderzoek van Derluyn et al. (2008) komt uit kwalitatieve interviews naar voor dat de relatie en identificatie met de hulpverlener vaak een barrière vormt. Er wordt hiernaar verwezen als culturele responsiviteit en bij gebrek hieraan wordt gesproken van culturele blindheid. Dit kan zich bevinden op niveau van de hulpverlener, maar evenwel bij de organisatie. Bij het ontbreken van culturele gevoeligheid of culturele blindheid wordt gewezen op het miskennen van de culturele achtergrond van een cliënt en de specifieke noden die daarbij komen kijken wanneer men handelt in cross-culturele situaties (Castro & Alarcón, 2002; Derluyn et al., 2008; Finn, 1996; Gonzàlez Castro & Garfinkle, 2003; Reid et al., 2001; Scheppers et al., 2006; Tjaden, 2004). Culturele blindheid past dus in het eerder geschetste plaatje uit het vorige hoofdstuk, namelijk de *universalistische benadering*, waarbij wordt aangenomen dat alle mensen hetzelfde zijn en culturele achtergrond niet in rekening dient worden gebracht tijdens de behandeling van middelengebruik. Dit blijkt opnieuw een van de belangrijkste barrières die een invloed uitoefenen op instroom in behandeling of tijdens de behandeling zelf.

Scheppers et al. (2006) vermeldt de ingewikkelde procedures of administratieve beslommeringen als barrière. Dit wordt dan weer in het kader van de taalbarrière gezien, waarbij ingewikkelde procedures de toegankelijkheid voor onder meer etnisch-culturele minderheden hinderen.

Daarnaast werpt een barrière zich op als familie te weinig wordt betrokken bij een behandeling in de drughulpverlening. Steun van familie neemt een belangrijke plaats in tijdens een behandeling (Scheppers et al., 2006). Bepaalde etnisch-culturele minderheden kennen een eerder collectivistische cultuur, waar betrokkenheid van de familie een belangrijke factor is. Een Nederlands onderzoek onderzocht en bevestigde dat het slaagpercentage van een behandeling lager ligt wanneer familie of omgeving niet betrokken is. In de praktijk zijn families van etnisch-culturele minderheden echter moeilijker te bereiken. Dit wordt dan ook als een barrière gezien die opspeelt tijdens de behandeling van een drugproblematiek (Hilderink et al., 2009). Andere studies haalde ook de beschermende factor aan die familie kan bieden (Derluyn et al., 2008; Masson et al., 2013)

Het ontkennen van religie of geen ruimte laten om deze te laten beleven, wordt ook als een barrière ervaren. Onderzoek laat uitschijnen dat dit een grote impact heeft op het algemeen welzijn van bepaalde groepen van etnisch-culturele minderheden (Hilderink et al., 2009; Scheppers et al., 2006).

#### Niveau van de organisatie

Uit onderzoek van Scheppers et al. (2006) blijken etnisch-culturele minderheden het doorverwijzingssyteem, de intakeprocedure en openingsuren problematisch te ervaren. Deze zijn vaak een barrière vanwege het gestandaardiseerde karakter die de zorg lijkt te hebben. Ook de manier waarop de hulpverlening een cliënt benadert, blijkt een barrière te vormen, iets wat in het onderzoek van (Hilderink et al., 2009) ook aan bod komt. De directe aanpak en soms afstandelijkheid blijken hier de voornaamste redenen voor.

### Moeilijkheden bij uitstroom

Waar bronnen ver uitweiden over barrières die de (instroom tot) behandeling bemoeilijken, kan een omgekeerde trend worden opgemerkt wanneer het gaat om barrières die de uitstroom uit de hulpverlening bemoeilijken. Studies focussen voornamelijk op personen die afvallen en waarmee die mogelijks gelinkt zou kunnen zijn. Barrières die uitstroomprocedures met zich mee brengen komen echter weinig aan bod. Om die reden worden de barrières die in studies aan bod komen niet ingedeeld in cliënt-, hulpverlenings- en organisatorische barrières.

Zoals aangegeven supra, kennen etnisch-culturele minderheden een grotere uitval uit de drughulpverlening. Redenen daarvoor kunnen bij bovenstaande barrières worden gevonden. Eén daarvan is onder meer een verminderde aansluiting bij of identificatie met de programma’s uit de hulpverlening dat etnisch-culturele minderheden ervaren. De problematiek rond draaideurcliënten past ook binnen deze barrières (Derluyn et al., 2008). Dit fenomeen betreft cliënten die binnen een korte periode een nieuwe aanvraag stellen bij dezelfde hulpverlening of een andere voorziening. Dit vaak na het falen van een eerdere behandeling of voor een heropname. Cliënten vertrekken, stappen terug in, vertrekken daarna weer, enz. (Wouter Vanderplasschen, Colpaert, Lievens, & Broekaert, 2003).

Socio-economische barrières worden ook vermeld in het onderzoek van Saloner & Le Cook (2013) als zijnde een risicofactor waardoor behandeling vroegtijdig wordt beëindigd. Geen zekerheid over de vaste woonplaats en moeilijkheden bij het behoud van werk tijdens de behandeling vormen een extra stressfactor. Dit werkt in op het engagement tijdens de behandeling en vormt een barrière die leidt tot vervroegde uitval (drop-out).

Een belangrijke barrière wordt aangegeven door Alegria et al. (2006). Dit Amerikaanse onderzoek toont met een kritisch literatuuronderzoek aan dat het vinden van een huis en daarmee gelinkt stappen te zetten naar een stabiele omgeving een belangrijke stap is bij een succesvolle behandeling. Vanwege drugafhankelijkheidsproblematieken is dit echter niet eenvoudig. Moeilijke toegang tot huisvestiging blijkt dan ook een belangrijke barrière. Deze stelling werd in dit onderzoek specifiek getoetst aan de Latino populatie, maar dit werd niet empirisch gestaafd.

## Conclusie

Een eerste en belangrijke conclusie wordt gemaakt door te kijken naar de rol van cultuur bij de diverse barrières. Vele factoren die bijdragen aan het vormen van barrières, kunnen namelijk worden gelinkt aan verschillende culturele opvattingen tussen hulpverlener en cliënt of tussen verschillen binnen de maatschappij. Barrières als het niet betrekken van familie, de taboesfeer rond drugproblematieken, gepercipieerde discriminatie door hulpverlener of in het dagelijkse leven, een andere (medische) kijk op middelenmisbruik, enz. blijken slechts enkele voorbeelden waarbij de verschillende culturele referentiekaders een rol spelen. Daarbij is de mate van acculturalisering natuurlijk van belang, wat zorgt voor individuele verschillen binnen de groep etnisch-culturele minderheden. Verschillende studies onderstrepen dan ook het belang van cultuurgevoelige hulpverlening. Cultuur is een belangrijk onderdeel van de identiteit van een persoon en bij negatie van deze component heeft dit gevolgen voor de effectiviteit van een programma (Alegría et al., 2006; Derluyn et al., 2008; El Osri et al., 2011; Finn, 1996; Gonzàlez Castro & Garfinkle, 2003).

Een tweede opvallende conclusie hangt samen met de barrières bij het beëindigen van een behandeling. Er is weinig sprake van barrières bij uitstroom uit de drughulpverlening. Hoogstens alluderen bronnen enkel op factoren die een invloed uitoefenen op een drop-out. Weinig onderzoek spreekt over welke drempels etnisch-culturele minderheden ervaren wanneer zij de drughulpverlening verlaten na een positief afgerond traject in de drughulpverlening. Slechts twee onderzoeken halen problemen met huisvestiging en de moeilijkheid tot het behouden van werk aan (Alegría et al., 2006; Saloner & Le Cook, 2013).

Een belangrijk gegeven bij deze barrières is dat het niet kan worden veralgemeend naar elk individu dat tot een etnisch-culturele minderheid behoort. Onderzoek van Castro & Alarcon (2002) vermeldt het modererend effect van culturele variabelen, wat wijst op een beïnvloeding van de relatie door deze te versterken of te verminderen. Een directe oorzaak is het echter niet. De barrières zijn namelijk ook sterk afhankelijk van het individu. Cultuur vormt een belangrijk onderdeel van de identiteit van een individu (Finn, 1996), maar is natuurlijk niet de enige component die een rol speelt. Individuele karakteristieken en omgevingsfactoren spelen uiteraard ook mee. Daarbovenop zijn deze barrières zeer veranderlijk doorheen de tijd. Het ene individu ziet een bepaalde situatie als een barrière, waar het voor de andere misschien net de reden is om de stap richting de hulpverlening te zetten. Dit heeft als resultaat dat generalisatie van barrières moeilijk wordt (Derluyn et al., 2008; Scheppers et al., 2006). Dit is echter geen reden tot het afwijzen van het belang van deze barrières. Ze kunnen namelijk nog steeds een indicatie vormen van werkpunten voor zowel het individu, de voorzieningen als de grotere structuur.

# 

Praktijkgericht onderzoek

In het vorige hoofdstuk kwamen de theorie en bestaande studies aan bod. In dit hoofdstuk wordt de methodologie van dit onderzoek nauwkeurig beschreven. Keuzes van het onderzoek komen aan bod, net als de sterktes, zwaktes en deontologische overwegingen.

# Onderzoeksdesign

De empirische studie vond plaats in de periode van februari tot april 2016, binnen het netwerk zorgcircuit middelenmisbruik Oost-Vlaanderen. Met de studie werd onderzocht welke barrières werden aangegeven door etnisch-culturele minderheden in verschillende types van de drughulpverlening. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden werd gebruik gemaakt van een ‘mixed methods’ design, zoals reeds in andere studies effectief was gebleken (Derluyn et al., 2008; Masson et al., 2013). Dit design combineert kwantitatieve en kwalitatieve analyse vanuit het pragmatische idee om de verschillende inzichten uit twee verschillende benaderingen te samen te voegen om zo gepaste antwoorden te formuleren (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Binnen de ‘mixed methods’ benadering wordt een verdere opdeling gemaakt naar drie modellen. Het model waarop deze studie steunde, is het verklarend sequentieel ‘mixed methods’ design. Hierbij werd een kwalitatieve methode voorafgegaan door een kwantitatieve analyse, waarbij de kwalitatieve methode de resultaten meer in detail werden uitgediept (Creswell, 2013). Het voordeel van een ‘mixed methods’ design is dat een breder arsenaal aan onderzoeksvragen kon worden behandeld en de sterkte van de ene methode kon worden aangewend om de zwakte van de andere te overkomen (Johnson & Onwuegbuzie, 2004).

Het onderzoeksdesign van deze studie bestaat dus uit twee luiken. Het eerste deel bevat een kwantitatieve analyse van secundaire data die een analyse beoogt van etnisch-culturele minderheden binnen de Oost-Vlaamse drughulpverlening. Het tweede luik betreft een kwalitatieve analyse van semi-gestructureerde interviews bij experts uit het werkveld, waarbij de bevindingen uit het eerste luik werden getoetst aan de praktijk en verder uitgebreid. Deze kwalitatieve bevraging heeft de eigenschap het onderwerp meer in de diepte te bestuderen om zo een beter inzicht in de barrières te verwerven.

## Kwantitatief onderzoek

### Inleiding

Het doel van de eerste fase van de empirische studie bestond uit het nagaan in welke mate etnisch-culturele minderheden vertegenwoordigd zijn in de Oost-Vlaamse drughulpverlening. Dit werd getoetst aan de hand van secundaire data, hierbij gesteund op data die vrij ter beschikking staan op overheidswebsites. In dit luik was het ook de bedoeling om geanonimiseerde gegevens van cliënten uit bepaalde voorzieningen te verwerken. Het bleek echter een ware opdracht om toestemming te krijgen. Gegevens als etniciteit vallen onder de Privacywetgeving (1999) en worden dus niet bijgehouden. Er moest dus al worden gezocht naar instellingen die hier een uitzondering hadden gemaakt in het kader van een project naar etnisch-culturele minderheden toe. Uiteindelijk gaf een residentieel centrum akkoord om hun geanonimiseerde gegevens te verwerken en zo de in- en uitstroom van de voorziening te analyseren. Zij lieten echter niet meer van zich horen en na herhaaldelijk contact te hebben gezocht, werd besloten dit stuk niet langer in de masterproef te integreren. Het eerste deel van deze studie begint dus met bureauonderzoek onder de vorm van een secundaire analyse van reeds bestaande data. De keuze voor een kwantificeerbare benadering voor dit onderdeel kwam er vanwege de grotere nauwkeurigheid van een kwantitatieve methode bij het meten van kenmerken (Wester, 1987).

Deze analyse diende dus een beeld te scheppen van de mate waarin etnisch-culturele minderheden vertegenwoordigd zijn in de drughulpverlening en welke verschillen er zijn in het gebruik van het aanbod.

### Secundaire bronnen

In de analyse werd gefocust op nationaliteit in plaats van etnisch-culturaliteit. De reden hiervoor is dat etniciteit of ras gevoelige informatie is en daarom niet stelselmatig mag worden bijgehouden volgens ‘Wet tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer’ (1992, art.6, §1).

De RIZIV jaarrapporten uit de jaren 2012, 2013 en 2014 werden uitgelicht (Antoine et al., 2013; Antoine et al., 2014; Antoine & van Bussel, 2012). De keuze voor precies deze jaarrapporten ligt voor de hand, namelijk dat over voorliggende jaren geen cijfers werden bijgehouden. Het rapport uit 2015 werd niet meegenomen in de analyse omdat in dat rapport slechts oppervlakkig werd ingegaan op nationaliteit, wat net de focus vormt in deze analyse.

De keuze voor deze rapporten is gebaseerd op het feit dat ze een volledig beeld scheppen over het aantal opgestarte behandelingen in de Belgische drughulpverlening en hierbij de nationaliteit van cliënten uitvoerig beschrijven. Daar nationaliteit het dichtst aanleunt bij het begrip etnisch-culturele minderheid (een variabele die door de Privacywetgeving als ‘gevoelige informatie’ wordt bestempeld) vormen deze rapporten de ideale basis voor een analyse.

Er werden daarnaast ook cijfergegevens over de verschillende nationaliteiten in de Belgische bevolking betrokken bij de analyse om op die manier gewicht te kunnen geven aan interpretaties en uitspraken (FOD Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2013; Statistics Belgium, 2011).

### Procedure

Elke jaarrapport werd individueel bestudeerd en relevante resultaten werden via Exel statistisch verwerkt voor een beschrijvende analyse. Nationaliteit van etnisch-culturele minderheden werd weergegeven volgens gewest en volgens type hulpverlening. Deze werden uiteindelijk grafisch weergegeven en de verschillende trends werden vergeleken. Een intensievere analyse dan louter een beschrijvende en vergelijkende was niet mogelijk omdat de data niet voor handen waren. De resultaten per jaar werden dus bestudeerd, getoetst aan bevolkingsgegevens en daarna met elkaar vergeleken om trends over de tijd te ontdekken.

### Een goede methode?

#### Voordelen:

De gegevens die zullen worden gebruikt bij deze methoden zijn reeds bijeengebracht en daarom is het gebruiken van bestaande data minder tijdsintensief dan zelf data te moeten verzamelen (Kiecolt & Nathan, 1985; Pauwels, 2013). Op deze manier worden ook de problemen die gepaard gaan met het verzamelen van data omzeild. Gegevens werden reeds bijgehouden verzameld en zelfs reeds verwerkt. Er gaat met andere woorden geen tijdsintensief proces aan vooraf waarbij vragenlijsten worden opgesteld, representativiteit moet worden nagestreefd, enz.

Bovendien werd gewerkt met gegevens over drughulpverleningscentra over heel België. Dit zou nooit mogelijk zijn geweest om zelf te bevragen en te verwerken.

#### Beperkingen:

Een beperking van de methode schuilt natuurlijk in het feit dat de gegevens niet zelf worden verzameld. Daaruit volgt dat er zich bepaalde fouten in de data kunnen bevinden, zonder dat dit geweten is. Bovendien moet er gewerkt worden met de beschikbare gegevens en deze beantwoorden misschien niet helemaal aan je onderzoeksvraag, waardoor deze moet worden afgestemd op de gegevens zelf. Bij het gebruik van de RIZIV jaarrapporten werd het duidelijk dat de categorieën die worden gebruikt niet helemaal overeenkomen met hoe deze in de masterproef wordt opgedeeld. De opdeling naar type hulpverlening in deze rapporten, is de volgende: poliklinische behandeling (MSOC en dagcentrum) of residentiële opvang (crisisopvang en therapeutische gemeenschap). Drughulpverlening in de masterproef werd breder geformuleerd, en in de besluiten werd hier dan ook rekening mee gehouden.

Een andere beperking ligt in het feit dat hier ‘nationaliteit’ als variabele wordt genomen en niet etniciteit. Dit geeft opnieuw een nuance bij de interpretatie van de cijfergegevens want bepaalde etnische minderheidsgroepen vallen onder de categorie ‘Belg’ (denk bijvoorbeeld aan de tweede generatie allochtonen), terwijl andere groepen onder de categorie ‘niet-Belg’ vallen, terwijl zij geen minderheid zijn.

Bovendien zijn de data afkomstig uit meerdere bronnen, wat de uniformiteit in gevaar brengt (Pauwels, 2013). Zo worden de gegevens van het RIZIV getoetst aan bevolkingsregisters. Deze komen niet uit dezelfde bron als de RIZIV resultaten. Ook de kwaliteit is vaak een reden om wat weigerachtig te staan tegenover secundaire analyse (Kiecolt & Nathan, 1985). Een goede kennis van de procedure is vereist om correcte uitspraken te kunnen formuleren.

### Deontologische overwegingen

Bij de rapportering van de gegevens wordt een zo neutraal en reëel mogelijk beeld geschapen van wat in de bevindingen naar voor is gekomen. Het is de vanzelfsprekende verantwoordelijkheid van de onderzoeker om de resultaten voldoende te anonimiseren, zodat de gegevens op geen enkele manier kunnen worden gelinkt aan bepaalde onderzoekpersonen. Dit om schade aan de onderzoeksubjecten tot een absoluut minimum te beperken. Er dient ook met aanzienlijk respect en behoedzaamheid te worden omgegaan met de verkregen data, volgende uit eerbied voor de privacy van de onderzoeksubjecten (Pauwels, 2013).

## Kwalitatief onderzoek

Een tweede fase van het onderzoek bestaat uit een kwalitatief luik, waarbij werd bestudeerd welke barrières etnisch-culturele minderheden ondervinden in verschillende fasen van de drughulpverlening. De keuze voor de kwalitatieve benadering van dit luik werd gemaakt omdat op die manier een zekere diepgang werd gecreëerd zonder het doel te hebben om bepaalde kenmerken te kwantificeren, maar wil begrijpen welke betekenis bepaalde barrières hebben voor groepen (Decorte & Zaitch, 2010; Wester, 1987). Er wordt geopteerd voor semi-gestructureerde interviews. Deze staat een beschrijving toe in de woorden en context van de respondent en om diens eigen categorisering te maken, waardoor er een reëel en diepgaand beeld van hun realiteit werd geschapen (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Bovendien is dit een gepaste methode om naar de ervaring van betrokkenen te peilen (Decorte & Zaitch, 2010; Hijmans & Kuyper, 2007).

### Onderzoekspopulatie

Als doelgroep werd geopteerd voor experten uit het werkveld. Hierbij werd een belangrijke keuze gemaakt om niet rechtstreeks etnische minderheden zelf te bevragen. Er zijn verschillende redenen waarom praktijkexperten werden verkozen. Allereerst werd de beslissing gemaakt vanuit pragmatische overwegingen, met name het kort tijdbestek binnen het masterjaar om de doelgroep van etnisch-culturele minderheden te bereiken. Het bevragen van sleutelfiguren kan op een kort tijdsbestek veel info verstekken over een moeilijk te bereiken doelgroep (Marshall, 1996). Waar experts sneller hun diensten ter beschikking van het onderzoek zullen stellen, is dit bij de doelgroep minder het geval. Het betreft een gevoelig onderwerp (zowel etniciteit als drugproblematieken) waarvoor een bepaalde vertrouwensband moet worden opgebouwd. De korte periode die in het masterjaar ter beschikking is, maakt dit reeds moeilijker. Daarboven komt nog het feit dat bepaalde etnisch-culturele minderheden (wanneer deze in haar volledige omschrijving wordt betrokken) extra moeilijk worden betrokken vanwege taal- en communicatiebarrières.

De tweede reden betreft het feit dat hulpverleners vaak een uitgebreide kennis hebben van hun cliënten. Zij spenderen heel wat tijd bij hen en begeleiden hen over een langere periode. Bovendien vormen zij een soort sleutelfiguur, daar zij met meerdere personen van etnisch-culturele minderheden in contact komen en dus een rijke bron aan informatie zijn. Dit maakt dat de keuze voor het bevragen van experts uit de drughulpverlening een belangrijke factor wordt (Kumar, 1989).

### Steekproef:

Er werd binnen dit onderzoek de keuze gemaakt om de verschillende types van drughulpverleningsdiensten te betrekken, om op die manier een zo volledig mogelijk beeld te kunnen schetsen. Die steekproef werd doelbewust genomen, om de informatievloed zo rijk mogelijk te maken. Door het betrekken van zowel mantelzorg en laagdrempelige diensten als ambulante en residentiële centra werd getracht min of meer een beeld te scheppen over de gehele drughulpverlening.

Er werd geopteerd voor een doelgerichte selectie van respondenten. Er ging met andere woorden geen randomisatie aan vooraf. Bijgevolg is generalisatie niet mogelijk, maar dat is ook niet de bedoeling van deze masterproef. De basis voor de doelgerichte selectie is om respondenten die de meeste en rijkste data bezitten, te benaderen, om zo een zo draagkrachtig mogelijke gegevensverzameling te verkrijgen.

In eerste instantie werd geïnformeerd naar welke personen binnen het Oost-Vlaamse zorgcircuit het meeste thuis waren in de materie. Deze selectie werd genomen met hulp van de zorgcoördinator middelenmisbruik. In de loop van het onderzoek werden ook extra respondenten geselecteerd, aan de hand van wat de respondenten zelf ook aangaven. In het totaal werden 12 voorzieningen gecontacteerd, waarbij 15 personen werden aangesproken. Wanneer per mail geen antwoord werd gekregen, werd de voorziening gebeld. Enkele voorzieningen lieten weten geen interesse of tijd te hebben. Eén enkele voorziening gaf aan te weinig te kunnen inbrengen in het thema. De uiteindelijke steekproef bevatte 8 respondenten. Ter volledigheid werd ook steeds hun sector of type hulpverlening verduidelijkt: ambulante drughulpverlening, residentiële drughulpverlening, beleidssector, zelfzorg en centrum voor geestelijk gezondheidszorg (cf. bijlagen). Eerstelijnsdiensten of straathoekwerk konden niet meewerken aan het onderzoek. Deze personen werden via mail gecontacteerd en later ook opgebeld. Vaak verwezen zij door naar mogelijke nieuwe respondenten. Deze manier van werken heet de sneeuwbalmethode en werd toegepast omdat respondenten vanuit hun ervaring vaak beter zicht hebben op individuen die betrouwbare informatie kunnen aanbrengen (Decorte & Zaitch, 2010). In het onderzoek werd contact gezocht met mantelzorg in de vorm van zelfhulpgroepen, eerstelijnsdiensten, ambulante centra, medisch-sociale opvangcentra en residentiële voorzieningen.

**Tabel 1 Respondenten volgens type hulpverlening**

|  |  |
| --- | --- |
| Zelfzorg | 1 |
| MSOC | 2 |
| Ambulante drughulpverlening | 3 |
| Residentiële drughulpverlening | 1 |
| Beleid | 1 |
| CGG | 1 |

### Procedure en dataverzameling

Er wordt geopteerd voor een semi-gestructureerde afname van interviews, waarbij er gebruik wordt gemaakt van een topiclijst van thema’s en vragen die zeker aan bod dienen te komen in het interview. Op die manier liggen de algemene onderwerpen vast, maar worden de subcategorieën door de respondent zelf aangebracht (Hijmans & Kuyper, 2007). De topiclijst biedt een ruwe structuur en houvast tijdens het gesprek zodat er doelgericht kan worden gewerkt, maar laat voldoende vrijheid zodat het gesprek de gedachtegang kan volgen van de respondent. Er wordt bewust niet gekozen voor een gesloten vragenlijst, omdat op die manier het interview zijn ‘natuurlijke’ factor verliest (Beyens & Tournel, 2010).

De topiclijst werd na verloop van enkele interviews wat aangepast en uitgebreid en kreeg dus doorheen de verschillende gesprekken een concretere vorm. Dit omdat er initieel nog niet heel goed geweten is wat er precies speelde in het veld, zijn de eerste interviews vooral verkennend van aard. Door interviews na elk gesprek meteen te structureren en analyseren, werd meer inzicht verkregen tijdens het onderzoek zelf, wat daarna werd meegenomen naar de volgende gesprekken (Hijmans & Kuyper, 2007). De cyclus van waarnemen, analyseren en reflectie werd dus niet slechts op het einde toegepast, maar herhaalde zich tijdens het onderzoek, waardoor een steeds beter zicht op de barrières werd verworven.

De uiteindelijke contactname met de respondenten werd geïnitieerd aan de hand van een mail, met bijhorend een informatiebrochure die de doel- en vraagstelling van de masterproef verduidelijkte (cf. bijlagen). Hiermee werd gepolst naar interesse om mee te werken aan het onderzoek. Afspraken werden vaak telefonisch geregeld en meestal werd langsgegaan bij de voorziening zelf om het interview af te leggen.

Het interview werd nogmaals voorafgegaan door verduidelijking van het onderwerp en de doelstelling. Aansluitend werd de respondent ook op de hoogte gebracht van het onderzoek via het principe van ‘Informed consent’ (cf. bijlagen). Hierbij werden respondenten geïnformeerd over anonimiteit van hun gegevens, waarom het gesprek werd opgenomen en wat uiteindelijk met de gegevens gebeurt. Tevens werd de vertrouwelijkheid van het gesprek benadrukt. Het belang van de opname van het gesprek werd verduidelijkt door aan te geven dat deze een groot voordeel oplevert naar nauwkeurigheid van de data toe. Er gaat namelijk geen selectie aan vooraf wat wel of niet wordt genoteerd waardoor vertekening van de resultaten tot een minimum wordt beperkt (Beyens & Tournel, 2010). De opname werd door niemand geweigerd, maar de apparatuur liet het bij een gesprek afweten, waardoor dit vroeger werd beëindigd. Een interview duurde gemiddeld 47 min. Respondenten werden bedankt en er werd geïnformeerd of er interesse was om van de uiteindelijke resultaten op de hoogte worden gebracht.

### Data-analyse

De data-analyse van de kwalitatieve bevragingen werden gebaseerd op de opnames die van elk gesprek werden genomen. Elk interview werd getranscribeerd door de onderzoeker zelf, aan de hand van de opnames. Dit is van uiterste belang om de citaten zo natuurlijk mogelijk weer te geven en omdat op die manier ook geen selectie bestaat in wat de onderzoeker al dan niet noteert als relevant of niet. Nadien kan namelijk blijken dat bepaalde onderdelen die op het eerste gezicht minder belangrijk waren net een meerwaarde vormen aan de resultaten.

Vervolgens werden de gesprekken herlezen en verwerkt met het kwalitatief verwerkingsprogramma NVivo 11. Hierbij werden de transcripties ingedeeld volgens thema en subthema aan de hand van ‘nodes’ binnen het programma NVivo 11. De codeboom die de basis vormde voor de analyse kan worden teruggevonden onder bijlagen. Consistenties werden uiteindelijk na analyse samengebracht en tot een vlot en gestructureerd geheel verwerkt.

### Een goede methode?

#### Voordelen

De sterkte aan deze bevraging is dat er een onderscheid wordt gemaakt in enerzijds de verschillende fases van behandeling, en anderzijds de verschillende types van hulpverlening. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen instroom, behandeling en uitstroom wat specificering toelaat. Hetzelfde geldt voor de vertegenwoordiging van de verschillende types drughulpverlening. Elk type hulpverlening wordt hierbij vertegenwoordigd door een voorziening, met uitzondering van de eerstelijnsdiensten. Bovendien zorgde het feit dat hier hulpverleners werden bevraagd voor een overzicht. Zij hebben vaak reeds lange ervaring in het werkveld en kunnen op die manier hun uitgebreide expertise aanwenden om ook een algemeen beeld te scheppen (Kumar, 1989).

#### Beperkingen

Een kwalitatieve methode heeft zijn beperkingen. De meest gekende beperking van kwalitatief onderzoek ligt in het feit dat dit soort onderzoek niet generaliseerbaar is (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Dit is echter ook niet het doel van de masterproef.

Er moet ook rekening worden gehouden met het feit dat de bevraagde hulpverleners reeds zelf een interpretatie van hun informatie hebben gemaakt. De gegevens mogen dus niet los van hun context worden gezien (Kumar, 1989).

Bovendien moet de interviewer zelf bewust zijn welke bijdrage hij of zij zelf heeft in het onderzoek (Beyens & Tournel, 2010).

Ten slotte ligt er ook een beperking aan de keuze voor de onderzoekspopulatie. De doelgroep waarrond de vraagstellig in principe draait, werd niet bevraagd. Hoewel de hulpverlener een krachtig alternatief biedt, blijven hierdoor natuurlijk bepaalde aspecten onderbelicht. Zo kunnen experts geen volledig inzicht bieden (Kumar, 1989). Bovendien bestaat de kans op sociaal wenselijke antwoorden vanwege het feit dat men over een ander spreekt (Marshall, 1996).

Bovendien is er reeds een voorselectie wanneer experts worden bevraagd. Experts werken met de mensen die reeds toegestroomd zijn tot een bepaalde vorm van hulpverlening. Barrières van toegang komen zeker ter sprake, maar dit kan een reeds vertekend beeld geven, aangezien de druggebruikers reeds zijn toegestroomd.

### Deontologische overwegingen

In de eerste plaats staat vrijwilligheid in het onderzoek centraal. Het principe van informed consent of de geïnformeerde toestemming is hier dan ook op zijn plaats. Dit wijst op het principe dat de deelnemer over voldoende informatie (begrijpelijk en ondubbelzinnig) moet kunnen beschikken om zelfstandig te kunnen beslissen om al dan niet deel te nemen aan het onderzoek (Pauwels, 2013). Er werd bij de interviews dan ook voldoende tijd genomen om de deelnemer het doel van het onderzoek uit te leggen, wat met de gegevens zou gebeuren en dat zij ten allen tijde het gesprek konden beëindigen (Decorte & Zaitch, 2010).

Vervolgens zijn, zoals hierboven reeds vermeld, ook hier de principes van respect voor de privacy en voor het vertrouwen van de respondenten van toepassing. Daarbij dienen gegevens voldoende geanonimiseerd te worden en vertrouwelijk te worden omgegaan met de verkregen informatie. De onderzoeker is bekend met de identiteit van de respondent, maar heeft de verantwoordelijkheid dat deze niet kan worden afgeleid uit de resultaten op rapportering. Een vage omschrijving van de functie van de persoon en het weglaten van namen of andere identificatiemogelijkheden zijn hierbij vereist. In de mate van het mogelijk is het ook belangrijk te overwegen om de naam van de organisatie niet te vermelden wanneer dit niet strikt noodzakelijk is, of wanneer slechts een beperkt aantal medewerkers er te werk zijn gesteld. Op deze manier wordt schade aan de deelnemers voorkomen (Decorte & Zaitch, 2010).

Resultaten

# Kwantitatieve luik

## Treatment Demand Indicator (TDI) van Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)

De RIZIV jaarrapporten geven een zicht op het aantal behandelingsaanvragen in een bepaalde periode binnen de verslavingszorg. Het baseert zich daarvoor op cijfergegevens ingezameld en bijgehouden via TDI die de gezamenlijke registratie van gegevens van drughulpverleningscentra met een RIZIV conventie bijhoudt (Raes, 2013). De beslissing om precies deze gegevens te betrekken in de analyse, kan worden gekaderd in het feit dat ze een minimumset aan achtergrondgegevens verzamelen over individuen die een aanvraag tot behandeling voor hun middelenmisbruik indienen in België. Ze geven een gedetailleerd beeld van de kenmerken van cliënten op nationaal vlak. Zo werd onder andere de variabele ‘nationaliteit’ ingezameld. Deze variabele leunt, in vergelijking met andere opties, het dichtst aan bij de variabele ‘etnisch-culturele minderheid’. Bovendien wordt de opdeling gemaakt naar type hulpverleningscentrum, wat het beeld over de vertegenwoordiging van etnisch-culturele minderheden verder kan specificeren.

Deze rapporten geven cijfergegevens weer, verzameld door drughulpverleningscentra met een RIZIV conventie en geanalyseerd door RIZIV, omtrent het aantal behandelingsaanvragen over de periode van 2011-2012-2013. Het rapport uit 2015 werd niet betrokken in de analyse omdat nationaliteit daar hoogstens eenmalig aan bod komt en enkel een vermelding maakt van de Belgen binnen de nationale drughulpverlening. Bron voor deze data vormde het TDI uit België, die behandelingsaanvragen op lokaal niveau registreren. RIZIV vult deze gegevens aan met enkele door henzelf bepaalde gegevens. Deze data worden geanalyseerd, verwerkt en aan de hand van jaarrapporten gepresenteerd. Zo werden dubbele gegevens geschrapt om dubbeltellingen te vermijden. De rapportageperiode loopt steeds van 1 januari tot 31 december van het desbetreffende jaar.

Niettemin moeten we rekening houden met enkele beperkingen.

Een eerste grote bemerking moet worden gemaakt op de variabele ‘etnisch-culturele minderheid’. Daar deze onder de Privacywetgeving vallen als ‘gegevens van gevoelige aard’, worden deze niet consequent bijgehouden en verzameld (Wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, 1992, artikel 6, §1). Nationaliteit daarentegen wordt wel geregistreerd. In dit onderdeel wordt daarom gekeken naar nationaliteit in plaats van de etnisch-culturele minderheidsstatus. Bij interpretatie van de gegevens vormt dit dan ook een niet onbelangrijke beperking. Uitgaande van de definiëring van ‘etnisch-culturele minderheid’ in deze masterproef, volgt dat bepaalde subgroepen uit de definiëring niet zullen worden teruggevonden in deze statistieken. Zo komen bijvoorbeeld genaturaliseerde Belgen of allochtonen van de tweede of derde generatie niet voor in deze cijfergegevens. Een ander voorbeeld komt naar voor bij individuen met wan een dubbele nationaliteit, die in deze registratie als Belg worden beschouwd. Bovendien kunnen individuen die niet tot een etnisch-culturele minderheid behoren (omdat ze niet het criterium van socio-economische achterstelling hebben), wel voorkomen in de data, omdat zij niet de nationaliteit van ‘Belg’ hebben. Dit vormt een belangrijke beperking naar de interpretatie van deze gegevens en naar de conclusies over de aanwezigheid van etnisch-culturele minderheden.

Vervolgens, brengt het bestaan van secundaire datagegevens met zich mee dat de categorieën die worden gebruikt niet noodzakelijk overeenkomen met de categorisering in de masterproef. De opdeling naar type hulpverlening in deze rapporten, is de volgende: poliklinische behandeling (MSOC en dagcentrum) of residentiële opvang (crisisopvang en therapeutische gemeenschap). Binnen de grotere studie van de masterproef wordt hier een bredere categorisering gebruikt.

Een bijkomende opmerking is het feit dat het hier gaat om gegevens die reeds eerder werden verwerkt. Op de totalen is reeds een afronding gebeurt. Dit zorgt ervoor dat wanneer het totaal van een bepaalde categorie wordt berekend, men soms op 100.1% uitkomt, in plaats van 100%.

Als laatste is het ook belangrijk dat hier niet alle drughulpverleningsdiensten zijn in opgenomen. Het betreft hier enkel de diensten die zijn aangesloten bij RIZIV, maar daar vallen bijvoorbeeld zelfzorg en geestelijk gezondheidscentra buiten. Hoewel een groot deel van de drughulpverlening vertegenwoordigd wordt, zien we hiermee niet alles.

Deze bemerkingen in het achterhoofd houdende, kan de volgende analyse van de jaarrapporten worden gemaakt.

### Rapport 2012 (Antoine & van Bussel, 2012)

Het rapport uit 2012 beschrijft de gegevens uit het registratiejaar 2011. In 2011 werden de gegevens van 26 van de 27 behandelingscentra (met in het totaal meer dan 66 verschillende eenheden) gerapporteerd. Eén centrum kon de gegevens niet tijdig anonimiseren, waardoor deze niet werden opgenomen in de analyse. Een ander centrum wist de gegevens wel tijdig te anonimiseren, maar kon geen opdeling maken naar type drughulpverlening. Deze twee factoren zorgen voor een vertekening van de gegevens uit 2011, met name dat 2% van de dagcentra, 10% van de crisiscentra en 2% van de residentiële centra niet werden opgenomen en dat van één centrum geen onderscheid werd gemaakt naar typering van hulpverlening waardoor zij allemaal bij residentiële gegevens werden gevoegd.

Deze centra hebben verschillende afdelingen gesitueerd op verschillende locatie. Deze zijn talrijker in Vlaanderen (23) dan in Wallonië (10). In het Brussels-Hoofdstedelijk gewest bevinden zich 9 locaties van drughulpverleningscentra. De registratieperiode liep van 1 januari 2011 tot 31 december 2011.

Tabel 2. toont het aantal gestarte behandelingen in België in 2011, waarna deze verder specificeert naar regio en naar type hulpverlening toe.

Tabel . Aantal behandelingen in 2011 (Antoine & van Bussel, 2012) p.20

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Type centrum | Vlaams gewest | | Waals gewest | | Brussels Hoofdstedelijk gewest | | Aantal gestarte behandelingen in 2011 | | Aantal patiënten |
| MSOC | 200 | 3.4% | 313 | 5.3% | 80 | 1.4% | 1593 | 27.0% | 1581 |
| Dagcentrum | 2320 | 39.7% | 144 | 2.4% | 102 | 1.7% | 2566 | 43.4% | 2382 |
| Crisisopvang | 656 | 11.1% | 193 | 3.3% | 112 | 1.9% | 961 | 16.3% | 823 |
| Therapeutische Gemeenschap | 1232 | 19.0% | 439 | 7.4% | 117 | 2.0% | 788 | 13.3% | 726 |
| TOTAAL | 4408 | 74.6% | 1089 | 18.4% | 411 | 7.0% | **5908** | **100.0%** | 5512 |

In 2011 werden 5908 behandelingen opgestart bij voorzieningen uit de drughulpverlening. Het grootste aandeel hiervan is gesitueerd in de regio van het Vlaamse gewest. Er zijn maar liefst vier keer meer cliënten die een behandeling starten binnen het Vlaamse gewest. Hier moet natuurlijk ook rekening worden gehouden met het feit dat het Waalse gewest minder inwoners heeft, maar vooral een groot aantal minder voorzieningen voor drughulpverlening (10 in Wallonië vergeleken bij 23 in Vlaanderen). Het wil dus niet zeggen dat zij minder personen bereiken.

Het verschil tussen het aantal gestarte behandelingen en het aantal patiënten geeft aan dat binnen het jaar bepaalde individuen zich meerdere keren lieten behandelen. Hoeveel personen dit waren valt niet te berekenen, daar niet geweten is of dit om één of meerdere heropnames gaat. Het verschil tussen beide is het grootst binnen de crisisopvang.

Het aantal gestarte behandelingen is het grootst in de dagcentra, het kleinst in de therapeutische gemeenschappen. Dit is een logische verhouding. Enerzijds duren behandelingen binnen therapeutische gemeenschappen langer en is begeleiding intensiever. Bovendien bevindt deze behandeling zich aan het einde van het hulpverleningscontinuüm. Dit uit zich ook als wordt gekeken naar ambulante hulp in vergelijking met residentiële hulp. Ambulante zorg behandelt 2.6 keer meer patiënten dan de residentiële, waarvoor ook weer een verklaring kan worden gevonden in de duur en intensiteit van de zorg.

In tabel 3. wordt nationaliteit verdeling in de types hulpverlening weergegeven. Er wordt hier dan ook rekening gehouden met de unieke cliënten, en niet met het aantal opgestarte behandelingen om op die manier dubbeltellingen te vermijden.

Tabel . Nationaliteit per gewest en per type hulpverlening in 2011 (Antoine & van Bussel, 2012) p.25

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Belg | Niet-Belg, EU lid | Niet Belg, niet EU-lid | Onbekend |
| Brussels Hoofdstedelijk gewest | 68,50% | 9,70% | 20,80% | 1,10% |
| Waals gewest | 84,70% | 6,40% | 8,60% | 0,40% |
| Vlaamse gewest | 86,60% | 3,20% | 6,40% | 3,80% |
| Totaal België | 85,00% | 4,30% | 7,80% | 3,00% |
| MSOC | 79,20% | 7,20% | 12,10% | 1,50% |
| Dagcentrum | 87,70% | 2,40% | 4,70% | 5,30% |
| Crisisopvang | 88,00% | 4,30% | 7,20% | 0,60% |
| Therapeutische Gemeenschap | 85,40% | 4,00% | 9,10% | 1,50% |

Het aantal niet-Belgen die drugbehandeling onderging in 2011 is niet bijster groot. Wanneer je naar het totaal van België gaat kijken, kan je zien dat slechts 12.1% van het aantal cliënten een niet-Belg is. Daarvan is het grootste deel, 7.8%, afkomstig van buiten de Europese Unie. Brussel springt meteen in het oog. Waar in het Waalse (15%), maar vooral ook in het Vlaamse gewest (9.6%) niet-Belgen de overgrote minderheid vormen, zien we in het Brussels Hoofdstedelijk gewest een andere verdeling (30.5%). In enkele gevallen blijft de nationaliteit onbekend, wat zeker in Vlaanderen voor een lichte vertekening van de cijfers kan zorgen. Bij de niet-Belgen blijken het ook vooral niet EU-leden te zijn, die een behandeling opstarten in de drughulpverlening, zoals ook kan gezien worden in figuur 1.

Deze gegevens zeggen natuurlijk weinig op zich. Wanneer we er de bevolkingsgegevens gaan op naslaan, blijkt in België de vertegenwoordiging van nationaliteiten in de verslavingszorg overeen te komen met de nationaliteiten in de algemene bevolking (FOD Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2013). Ongeveer één op tien Belgen heeft een andere nationaliteit, wat ook hier kan worden gezien. Wanneer echter de opdeling naar gewesten wordt gemaakt, blijkt die evenredige verdeling toch vooral op te gaan voor het Brusselse gewest. Binnen het Waalse Gewest blijken meer niet-Belgen in de drughulpverlening te zitten (15%), dan procentueel in het Waalse gewest (9.6%). Hetzelfde geldt voor Vlaanderen (9.6% in de drughulpverlening is niet-Belg, 6.8% in Vlaanderen is niet-Belg). Van een ondervertegenwoordiging van niet-Belgen in de drughulpverlening kan hier dus niet gesproken worden.

Verder in het rapport wordt ook vermeld dat nationaliteit geen verschil geeft wanneer je gaat kijken of het nu om een eerste behandeling gaat, of om persoon die opnieuw een behandeling opstart. Concreet wil dit zeggen dat een bepaalde nationaliteit niet significant meer of minder voorkomt wanneer iemand voor het eerst toenadering zoekt tot de hulpverlening.

Figuur . Nationaliteit per gewest grafisch weergegeven (Antoine & van Bussel, 2012)

We kunnen ook kijken naar de verdeling van nationaliteit per type hulpverlening. Zoals figuur 2. ook aantoont, ligt het aantal niet-Belgen die een behandeling starten, het hoogst in de MSOC’s (19.3%). Op de tweede plaats komen de therapeutische gemeenschappen (13.1%), daarna de crisisopvang (11.5%) en dagcentra (7.1%) volgen als laatste. Niet-Belgen blijken dus minder snel de stap te zetten naar de MSOC’s. Een belangrijke nuance hier is dat dagcentra een relevant percentage (5.3%) gevallen heeft geregistreerd waarvan de nationaliteit onbekend is. Toch verrast het laag aantal niet-Belgen, omdat ambulante centra meer drempelverlagend werken dan gespecialiseerde centra, waardoor je zou verwachten dat zij ook een diverser publiek zouden aantrekken. Wanneer we specifiek naar de niet-Belgen gaan kijken, blijkt ook hier dat niet-EU-leden bijna steeds dubbel zoveel keer een behandeling opstarten dan EU-leden.

Figuur . Nationaliteit per type drughulpverlening grafisch weergegeven (Antoine & van Bussel, 2012)

### Rapport 2013 (Antoine et al., 2013)

Dit rapport beschrijft de gegevens uit het registratiejaar 2012. In dit rapport werden alle 27 centra betrokken die lid zijn van de RIZIV conventie. Deze centra hebben verschillende afdeling op verschillende locatie. Deze zijn talrijker in Vlaanderen (24) dan in Wallonië (10). In het Brussels-Hoofdstedelijk gewest bevinden zich 8 locaties van drughulpverleningscentra. De registratieperiode liep van 1 januari 2012 tot 31 december 2012.

Tabel 4. geeft het aantal behandelingen weer uit 2012, opgedeeld naar type hulpverlening en naar gewest.

Tabel . Aantal gestarte behandelingen in 2012 (Antoine et al., 2013) p.15

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Type centrum | Vlaams gewest | | Waals gewest | | Brussels Hoofdstedelijk gewest | | Aantal gestarte behandelingen in 2012 | | Aantal patiënten |
| MSOC | 1330 | 21.1% | 266 | 4.2% | 98 | 1.6% | 1694 | 26.8% |  |
| Dagcentrum | 2602 | 41.1% | 162 | 2.6% | 150 | 2.4% | 2914 | 46.1% |  |
| Crisiscentrum | 762 | 12.1% | 183 | 2.9% | 82 | 1.3% | 1027 | 16.3% |  |
| Therapeutische Gemeenschap | 242 | 3.8% | 334 | 5.3% | 105 | 1.7% | 681 | 10.8% |  |
| TOTAAL | 4936 | 78.2% | 945 | 15.0% | 435 | 6.8% | **6316** | **100%** | 6022 |

Binnen het Vlaamse gewest werden het meest behandelingen opgestart en werd het grootste aantal cliënten bereikt (78.2%). Daarna volgt het Waalse gewest (15.0%) en het Brussels Hoofdstedelijk gewest (6.8%). Het verschil van het aantal opgestarte behandelingen tussen het Vlaamse en Waalse gewest, valt hoofdzakelijk te wijten aan het feit dat het Waalse gewest minder vestigingen (11) van drugsbehandelingscentra heeft, vergeleken met het Vlaamse gewest (25). Brussel volgt om dezelfde reden, maar het gaat hier ook om een gewest van kleinere oppervlakte en met minder inwoners.

Verder kan er worden opgemerkt dat de dagcentra het meeste behandelingen heeft opgestart (46.1% van alle gestarte behandelingen), gevolgd door de MSOC’s (26.8%). Crisiscentra en de therapeutische gemeenschap nemen samen minder dan 30% in beslag. Dit is niet verwonderlijk, daar zij zich aan het einde van het continuüm bevinden en meer gespecialiseerde hulp verschaffen, met een kleiner doelpubliek.

Ten slotte blijken van de 6316 opgestarte behandelingen er enkele te zijn waar een cliënt meerdere keren aanmeldde in dezelfde voorziening, tegenover 6022 cliënten die deze behandelingen opstarten.

Tabel 5. geeft weer welke nationaliteit de gerapporteerde cliënten uit de Belgische drughulpverlening hebben. Er wordt een opsplitsing gemaakt naar type hulpverlening, en binnen elke categorie ook naar gewest.

Tabel . Nationaliteit per type hulpverlening en gewest (Antoine et al., 2013) p.18

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MSOC | | | Dagcentrum | | | Crisisopvang | | | Therapeutische Gemeenschap | | | |
| VG | WG | BHG | VG | WG | BHG | VG | WG | BHG | VG | WG | BHG |
| Belg | 84,0% | 78,2% | 28,0% | 93,9% | 93,8% | 79,7% | 96,5% | 84,9% | 81,1% | 98,2% | 88,5% | 79,8% |
| Niet-Belg, EU | 5,5% | 6,9% | 37,6% | 2,0% | 2,5% | 10,9% | 0,9% | 6,7% | 4,1% | 0,9% | 6,7% | 4,3% |
| Niet-Belg, niet-EU | 10,5% | 14,9% | 34,4% | 4,1% | 3,7% | 9,4% | 2,6% | 8,4% | 14,8% | 0,9% | 4,8% | 15,9% |

De registratie van onbekende gegevens bedraagt in het Vlaamse gewest 1.4%, in het Waalse 0.4% en in het Brussels-Hoofdstedelijk gewest 5.5%. In Vlaanderen ligt het aantal onbekende gegevens hoger omdat het in tegenstelling tot het Waalse gewest, niet verplicht is om een antwoord in te geven. Binnen de categorie ‘nationaliteit’ bedraagt het aantal onbekende gegevens echter niet zo veel. Vooral Brussel blijkt hier gegevens te missen.

De tendens uit 2011 zien we ook hier terugkeren. Niet-Belgen blijken een klein percentage te vormen naast de Belgen. Dit is opmerkelijk minder het geval in het Brussels-Hoofdstedelijk gewest waar maar liefst 72% een andere nationaliteit dan de Belgische blijkt te hebben. Wanneer de gegevens worden getoetst aan de bevolkingsstatistieken (FOD Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2013) kunnen meer genuanceerde uitspraken worden gedaan. In het Vlaamse gewest worden in de MSOC’s bijna het dubbel aantal niet-Belgen ontvangen dan niet-Belgen procentueel in Vlaanderen. Crisisopvang, maar vooral ook therapeutische gemeenschappen blijken deze groepen weinig tot zelfs quasi niet te bereiken. Het Waalse gewest blijkt dan weer met de dagcentra ruimschoots minder niet-Belgen aan te trekken, vergeleken met de Waalse populatie. De Waalse MSOC’s trekken net als in Vlaanderen dubbel zoveel niet-Belgen, terwijl ze met hun therapeutische gemeenschappen evenredig lijken te zijn. Het Brussels-Hoofdstedelijk gewest draait de boel om en blijkt met het MSOC meer dan dubbel zoveel niet-Belgen (72%) aan te trekken dan in de werkelijke bevolking (32.6%). Binnen de andere voorzieningen blijken de niet-Belgen dan weer ondervertegenwoordigd (vaak 10% onder het gemiddelde in de Brusselse populatie).

Daarbij valt op dat de niet-Belgen van buiten de Europese Unie bijna dubbel zo vaak in elk type hulpverlening vertegenwoordigd zijn dan niet-Belgen uit de Europese Unie zoals heel duidelijk aangegeven op figuur 3. Uitzonderingen hierop zijn de Brusselse MSOC’s en dagcentra, en de Vlaamse en Waalse therapeutische gemeenschappen, waar de verdelingen evenredig zijn.

Figuur . Nationaliteit per type hulpverlening en per gewest (Antoine et al., 2013)

### Rapport 2014

Dit rapport beschrijft de behandelingsgegevens uit het registratiejaar 2013 in RIZIV centra. De gegevens zijn afkomstig uit 27 centra. Deze centra hebben verschillende afdeling op verschillende locatie. Deze zijn talrijker in Vlaanderen (24) dan in Wallonië (10). In het Brussels-Hoofdstedelijk gewest bevinden zich 8 locaties van drughulpverleningscentra. De registratieperiode liep van 1 januari 2013 tot 31 december 2013.

In tabel 6. worden het aantal net opgestarte behandelingsperiodes weergegeven, met onder meer de opdeling naar gewest en naar type hulpverlening toe.

Tabel . Aantal opgestarte behandelingen in 2013 (Antoine et al., 2014)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Type centrum | Vlaams gewest | | Waals gewest | | Brussels Hoofdstedelijk gewest | | Aantal gestarte behandelingen | | Aantal patiënten |
| MSOC | 1502 | 22,0% | 288 | 4,2% | 124 | 1,8% | 1914 | 28,1% |  |
| Dagcentrum | 2771 | 40,6% | 154 | 2,3% | 188 | 2,8% | 3113 | 45,7% |  |
| Crisisopvang | 801 | 11,7% | 163 | 2,4% | 100 | 1,5% | 1064 | 15,6% |  |
| Therapeutische Gemeenschap | 261 | 3,8% | 327 | 4,8% | 140 | 2,1% | 728 | 10,7% |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAAL | 5335 | 78,2% | 932 | 13,7% | 552 | 8,1% | 6819 | 100,0% | 6458 |

Binnen het Vlaamse gewest werden het meest behandelingen opgestart en werd het grootste aantal cliënten bereikt (78.2%). Daarna volgt het Waalse gewest (13.7%) en het Brussels Hoofdstedelijk gewest (8.1%). Het verschil van het aantal opgestarte behandelingen tussen het Vlaamse en Waalse gewest, valt ook hier weer te wijten aan het aantal voorzieningen in het gewest en geeft dus geen indicatie van een groter of minder groot bereik.

Verder kan er worden opgemerkt dat de dagcentra het meeste behandelingen heeft opgestart (45.7% van alle gestarte behandelingen), gevolgd door de MSOC’s (28.1%). Crisiscentra en de therapeutische gemeenschap nemen samen iets meer dan 25% in beslag, maar zoals reeds hoger verklaard is dit niet zo bizar.

De onderstaande tabel geeft weer welke nationaliteit de gerapporteerde cliënten uit de Belgische drughulpverlening hebben. Er wordt een opsplitsing gemaakt naar type hulpverlening, en binnen elke categorie ook naar gewest.

Tabel . Nationaliteit per type hulpverlening en per gewest (Antoine et al., 2014) p.20

|  | MSOC | | | Dagcentrum | | | Crisisopvang | | | Therapeutische Gemeenschap | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VG | WG | BHG | VG | WG | BHG | VG | WG | BHG | VG | WG | BHG |
| Belg | 82,1% | 81,8% | 31,7% | 94,7% | 96,1% | 78,4% | 94,2% | 83,1% | 74,5% | 97,8% | 91,3% | 71,9% |
| Niet-Belg, EU | 5,8% | 6,4% | 27,6% | 1,4% | 0,6% | 11,9% | 1,5% | 8,1% | 16,6% | 1,8% | 4,7% | 12,3% |
| Niet-Belg, niet-EU | 12,1% | 11,8% | 40,7% | 3,9% | 3,3% | 9,7% | 4,3% | 8,8% | 14,9% | 0,4% | 4,0% | 15,8% |

Binnen deze tabel valt meteen op dat bijna steeds meer dan 90% Belgen worden vertegenwoordigd in de Vlaamse en Waalse drughulpverlening. Enkel MSOC’s maken hierin een uitzondering, met een hogere instoom van andere nationaliteiten. Het Brussels-Hoofdstedelijke gewest wijkt hiervan af, met een verhoogde vertegenwoordiging van niet-Belgen in alle types hulpverlening. Deze uitspraken worden echter beter bekeken in het licht van de bevolkingsstatistieken (FOD Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2013).

Net als in de voorgaande jaren lijkt de verdeling van het aantal niet-Belgen in de drughulpverlening, vergeleken met het aantal niet-Belgen in de Belgische samenleving op te gaan. Gaan we die echter specifieker gaan uitwerken naar type hulpverlening en gewest, wordt een heel ander beeld duidelijk. In het Vlaamse gewest zijn meer dan dubbel zoveel niet-Belgen die een behandeling starten in een MSOC (17.9%) dan in de algemene Vlaamse bevolking vertegenwoordigd (7.3%). In alle andere voorzieningen blijken niet-Belgen in mindere mate hun weg te vinden. Vooral binnen de therapeutische gemeenschappen valt dit op. Wanneer we een kijkje nemen in het Waalse gewest, zet dezelfde trend uit 2012 zich voort. MSOC’s trekken meer niet-Belgen aan (18.2% bij 9.7% in de Waalse bevolking), zij het in minder extreme mate als het jaar voordien of vergeleken met het Vlaamse gewest. Net als de MSOC’s zijn in crisiscentra de niet-Belgen oververtegenwoordigd. Opnieuw opvallend scoren de dagcentra ondermaats, in tegenstelling tot de therapeutische gemeenschappen die ongeveer een gelijk aantal niet-Belgen aantrekken als in de Waalse bevolking vertegenwoordigd zijn. Wanneer ten slotte op het Brussels-Hoofdstedelijk gewest wordt ingezoomd, valt opnieuw op hoe MSOC’s meer dan het dubbel aantal niet-Belgen aantrekt, vergeleken met de niet-Belgen in de Brusselse populatie. De dagcentra blijven echter kampen met een zware ondervertegenwoordiging van niet-Belgen. Ook de therapeutische gemeenschappen kennen een ondervertegenwoordiging van andere nationaliteiten. Crisiscentra blijken rond dezelfde vertegenwoordiging te hangen als de niet-Belgen in de Brusselse populatie.

Uit figuur 4. kan ten slotte duidelijk worden opgemaakt dat binnen de groep niet-Belgen, het hoofdzakelijk gaat om nationaliteiten die niet uit de Europese Unie afkomstig zijn. Bij de enkele uitzonderingen die er zijn, gaat de verdeling gelijk op.

Figuur . Nationaliteit per type hulpverlening per gewest (Antoine et al., 2014)

### Evolutie

De evolutie over de drie jaren wordt hier kort geschetst. Hierbij werden de gegevens uit 2011, 2012 en 2013 omgerekend zodat ze onderling te vergelijken vielen. De gegevens uit 2011 werden namelijk anders opgedeeld dan de daaropvolgende jaren en bovendien werd hier een vermelding gemaakt van de onbekende gegevens wat de volgende jaren niet werd in rekening gebracht. Een omrekening van e gegevens bracht onderstaande grafieken over de evolutie van de nationaliteiten in de drughulpverlening.

Een algemene gegevenstabel over de verdeling van nationaliteiten over de gehele Belgische drughulpverlening zeggen weinig. Het aantal niet-Belgen blijft min of meer constant over de jaren 2011, 2012 en 2013. Het aantal niet-Belgen vertegenwoordigt daarbij 11.3% in 2011, 10.9% in 2012 en opnieuw een stijging tot 11.5% in 2013. Opvallend hierbij zijn de niet-Belgen die tot de Europese Unie behoren, die hier steeds de minderheid vormen. Wanneer deze worden gelinkt aan de bevolkingsstatistieken betreffende nationaliteit (FOD Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2013), lijken niet-Belgen afdoende vertegenwoordigd in de drughulpverlening.

Figuur . Nationaliteit in de Belgische drughulpverlening

Wanneer naar de evolutie van de nationaliteiten doorheen de Belgische drughulpverlening specifieker wordt ingedeeld naar type hulpverlening en naar gewest en naast de bevolkingsstatistieken omtrent nationaliteit wordt gelegd (FOD Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2013), kan de bovenstaande uitspraak in een ander licht worden geplaatst.

Figuur 6. geeft per gewest de evolutie weer. Het aantal niet-Belgen neemt lichtjes af binnen de drughulpverlening in het Vlaamse gewest. Dit staat in contrast met een lichte stijging van het aantal niet-Belgen binnen de Vlaamse populatie. De verschillen zijn niet dermate uitgesproken, maar toch opmerkelijk. Toch blijkt het aantal niet-Belgen die door de drughulpverlening worden bereikt overeen te komen met het aantal niet-Belgen in Vlaanderen. Het Waalse gewest kent zelfs meer niet-Belgen in de drughulpverlening vertegenwoordigd dan procentueel in het Waalse gewest. Ook hier blijkt dit echter heel licht af te nemen doorheen de jaren. In Brussel neemt het aantal niet-Belgen toe doorheen 2011-2013. Procentueel vergeleken zit de Brusselse hulpverlening echter steeds met een kleine ondervertegenwoordiging van het aantal niet-Belgen, al lijkt daar gestaag verbetering in te komen. Dat valt dan vooral te wijten aan het aantal Europese Unie burgers en in mindere mate aan niet-Belgen buiten de Europese Unie.

Figuur . Evolutie van nationaliteit per gewest

Figuur 7. geeft dan weer een specifieke verdeling naar type hulpverlening weer. Het grote contrast kan hier weer vooral worden aangetoond tussen enerzijds de MSOC’s en anderzijds de andere drughulpverleningstypes. MSOC’s blijken niet alleen meer niet-Belgen aan te trekken, die stijgende trend zet zich ook door doorheen de jaren. Elk jaar opnieuw stijgt het aantal niet-Belgen. Andere hulpverleningstypes trekken in mindere mate niet-Belgen aan, met als koploper de dagcentra. Bovendien stijgt het aantal Belgen elk jaar, waarbij we weten dat in de Belgische populatie het aantal niet-Belgen elk jaar lichtjes stijgt (+0.37% in 2012, +0.18% in 2013).

Hier is ook duidelijk dat het aantal niet-Belgen uit de Europese Unie de minderheid uitmaakt bij de analyse van de niet-Belgen. Bijna steeds (op één enkele uitzondering na, binnen de therapeutische gemeenschappen in 2012 en 2013) vertegenwoordigen zij slechts een derde van de niet-Belgen tegenover twee derden niet-Belgen buiten de Europese Unie.

Figuur . Evolutie van nationaliteit per type hulpverlening

### Conclusie:

Aan de hand van bovenstaande gegevens kan een drievoudige constatatie worden gemaakt.

Allereerst blijken de data uit 2011 meer verborgen te houden, wanneer deze in het zicht worden gelegd van de data uit 2012 en 2013. In het jaarrapport uit 2011 werd het type voorziening niet opgesplitst naar voorziening, maar werden beide luiken apart vergeleken. Op die manier bleven gewestelijke verschillen meer verborgen. Gegevens van ondervertegenwoordiging werden namelijk gecompenseerd door gegevens van oververtegenwoordiging van bepaalde nationaliteiten. Om die reden zijn vooral de resultaten uit 2012 en 2013 van grote waarde.

Een tweede constatatie beschrijft de trends die we zagen in de Belgische drughulpverlening in de jaren 2012 en 2013. Deze gegevens werden in het licht van de bevolkingsstatistieken omtrent nationaliteit van het desbetreffende jaar gebracht om een genuanceerd beeld te schetsen van de realiteit (FOD Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2013). Binnen het Vlaamse gewest lijken op het eerste zicht niet-Belgen licht oververtegenwoordigd in de drughulpverlening. Wanneer echter de opdeling wordt gemaakt naar type hulpverlening, wordt een ander plaatje geschetst. MSOC’s hebben bijna dubbel zoveel meer niet-Belgen vertegenwoordigd in hun voorziening dan het aantal niet-Belgen in de Vlaamse populatie. Een ondervertegenwoordiging van het aantal niet-Belgen doet zich echter voor in de andere types drughulpverlening, met als uitschieter de therapeutische gemeenschappen die gemiddeld amper 2% niet-Belgen aantrekken (dit staat in groot contract met het aantal niet-Belgen in de Vlaamse populatie die gemiddeld iets meer dan 7% bedraagt). Het Waalse gewest lijkt een nog meer uitgesproken oververtegenwoordiging van het aantal niet-Belgen over hun algehele drughulpverlening (gemiddeld 13% van het aantal cliënten, bij 9.7% in de Waalse bevolking). Ook hier echter worden deze cijfers genuanceerd door ze te gaan opdelen naar type hulpverlening toe. Opnieuw zijn binnen de MSOC’s bijna het dubbele aan niet-Belgen aanwezig, vergeleken met hun vertegenwoordiging binnen de Waalse populatie. In tegenstelling tot het Vlaamse gewest blijken hier echter in de dagcentra een grote ondervertegenwoordiging van niet-Belgen. Therapeutische gemeenschappen hebben een aanwezigheid van niet-Belgen gelijklopend met de verdeling in de populatie. Als laatste komt ook het Brussels-Hoofdstedelijke gewest aan bod. Daar blijkt in de algehele cijfers een ondervertegenwoordiging van het aantal niet-Belgen wanneer deze in het licht worden gezet van de bevolkingsstatistieken. Wanneer hier ook de verschillende types drughulpverlening worden beschouwd, blijkt dat dit niet geldt voor voor de Brusselse MSOC’s. Meer zelfs, daar is een omgekeerde trend merkbaar. Meer dan dubbel zoveel niet-Belgen zoeken hun toevlucht tot een MSOC, vergeleken met de vertegenwoordiging van de niet-Belgen binnen het Brusselse gewest. Het is zeer opvallend dat over de jaren heen gemiddeld 70% van het MSOC cliënteel een niet-Belgische nationaliteit heeft. Dit staat in groot contrast met de andere types van hulpverlening waar er een grote ondervertegenwoordiging heerst van deze niet-Belgen. Zeker in de dagcentra is dit markant.

Niet-Belgen lijken dus afdoende vertegenwoordigd in de Belgische drughulpverlening, maar bij nader inzien blijkt dit vooral het geval te zijn in de Belgische MSOC’s. In het Vlaamse gewest hebben de therapeutische gemeenschappen te kampen met een grote ondervertegenwoordiging, op de voet gevolgd door de crisisopvang. In het Waalse en Brussels-Hoofdstedelijk gewest situeert de ondervertegenwoordiging zich vooral in de dagcentra.

Een derde constatatie betreft het aantal niet-Belgen uit de Europese Unie en het aantal niet-Belgen buiten de Europese Unie. Binnende de groep niet-Belgen blijken bijna steevast de niet-Europeanen de grote meerderheid te vormen (met gemiddeld de helft meer cliënten vergeleken bij de Europese niet-Belgen). Er kan echter een bedenking worden gemaakt over de opmerkelijke hoge aanwezigheid van niet-Europeanen binnen de niet-Belgen in de drughulpverlening. Cijfergegevens uit de bevolkingsstatistieken uit de jaren 2011-2012-2013 maakten binnen de groep niet-Belgen geen onderscheid naar land van herkomst. In de jaren 2011 en 2015 deden ze dat echter wel. Daaruit kon worden afgeleid dat de EU-burgers een ruime meerderheid vormen (6.5% in 2010, 7.6% in 2015) vergeleken met de niet-EU burgers (3.1% in 2010, 3.7% in 2015) (Statistics Belgium, 2011). Op basis van deze gegevens kan een voorzichtige voorspelling met grote waarschijnlijkheid worden gemaakt dat dit in de jaren tussen 2010-2015 er gelijkaardig zullen hebben uitgezien. Wanneer we dat aannemen, is de hoge vertegenwoordiging van niet-Europeanen vergeleken met niet-Belgen uit Europese Unie op zijn minst frappant. Helaas kunnen we deze constatatie niet hard maken met gegevens.

Wat kunnen we nu concluderen na deze constataties?

Eerst en vooral toont deze analyse aan dat niet-Belgen niet ondervertegenwoordigd worden in de Belgische hulpverlening. Het is echter belangrijk te weten dat dit vooral door toedoen is van de MSOC’s. Binnen Vlaanderen blijken vooral de therapeutische gemeenschappen te kampen met een ondervertegenwoordiging van niet-Belgen, al doet de crisisopvang het ook niet al te best. Binnen het Waalse en Brusselse gewest zijn het vooral de dagcentra, gevolgd door de therapetische gemeenschappen die niet bijster goed scoren op de vertegenwoordiging van niet-Belgen. We kunnen ons hierbij dus aansluiten bij de bevindingen uit het Belgisch onderzoek naar de vertegenwoordiging van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening (Derluyn et al., 2008). We mogen echter niet vergeten rekening te houden met de beperkingen omtrent de verschillen tussen nationaliteit en etnisch-culturele minderheid. Zoals boven reeds opgemerkt zijn verschillende subgroepen die als etnisch-culturele minderheid kunnen worden bestempeld niet vertegenwoordigd onder de groep ‘niet-Belgen’. Ook het omgekeerde is waar: bepaalde groepen binnen de ‘niet-Belgen’ vormen geen etnisch-culturele minderheid. Een inschatting van de groep etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening ligt vermoedelijk niet ver van de cijfergegevens hier weergegeven (afgaande op andere studies), maar kan onvoldoende worden gestaafd door enkel te kijken naar nationaliteit.

Een vraag die onvermijdelijk voortvloeit uit deze analyse is ongetwijfeld waarom niet-Belgen net meer gezien worden in MSOC’s en minder in andere types van drughulpverlening? Hebben ze misschien minder te maken met drugproblemen? Zijn er bepaalde barrières waardoor zij niet doorstromen tot de hulpverlening? Op deze eerste vraag volgt waarschijnlijk een negatief antwoord. We zien hen namelijk wel binnen de MSOC’s. Hier speelt het verbaal vermogen natuurlijk minder een rol, waardoor hulpverlening hier misschien toegankelijker is. Of misschien kan een verklaring worden gevonden in het feit dat MSOC’s zich meer situeren in grootsteden, waar meer etnisch-culturele minderheden wonen dan pakweg het platteland. Op de vraag of er barrières zijn die etnisch-culturele minderheden hinderen, wordt een antwoord geformuleerd in het tweede luik, aan de hand van interviews met experten uit de Oost-Vlaamse drughulpverlening.

# Kwalitatieve luik:

## Algemeen

### Heterogene groep

Belangrijk leek de nuance die reeds in de literatuurstudie werd opgemerkt omtrent het begrip ‘etnisch culturele minderheden’. Respondenten hekelen het feit dat personen die onderling grote verschillen vertonen, hier onder dezelfde noemer worden geplaatst. Wat in elk interview naar voor kwam was de nadruk op de diversiteit binnen de groep, waarbij de term etnisch-culturele minderheid een verzamelnaam wordt voor individuen die soms mijlenver van elkaar staan. Dit trekt zich dan ook door in de barrières. Wat geldt voor de één, past niet per definitie bij de ander. Algemene uitspraken over ‘de etnische-culturele minderheden’ worden dan ook moeilijk, net omdat, zoals respondenten aangaven, die niet bestaat.

*“Maar er zijn ook individuele verschillen. ‘Den allochtoon’ bestaat niet é. Een heel brede groep. We hebben onlangs een Oekraïner bij ons gehad. Die verschilt evenveel van een Vlaming als dat een Marokkaans van een Vlaming verschilt é. Dan zijn dat ook weer andere behoeften en andere noden é.” (…) “Dé etnisch-culturele minderheid, wat is dat? Ik zou ’t begot niet weten.”* (respondent ambulant centrum)

*“Want* *hoe kijkt een Turk, hoe kijkt een Marokkaan, … naar een Pool of naar een Bulgaar? Geen idee! Dat zal mekaar ook niet altijd lekker verdragen. En Roma’s. Dan heb je natuurlijk een groep die nog weer grenzelozer is.”* (respondent beleid)

Naast de grote diversiteit binnen de groep etnisch-culturele minderheden, blijken respondenten ook vaak een verschillende interpretatie te geven aan het begrip. Zo gaat de ene nationaliteit erbij gaan betrekken, waar de ander gaat kijken naar huidskleur. Er bestaat ook discussie onder wat dan precies wel of precies niet onder de categorie kan worden ingedeeld. Er bestaan namelijk wel randgevallen, waar de onduidelijkheid omtrent de definitie nog maar eens benadrukt wordt.

*“Wanneer iemand van bij zijn jeugd weggehaald is of geplaatst is bij een ander gezin en opgroeit in een volledig Belgische context, los van zijn cultuur en taal, is die dan een ECM? ’t Is eigenlijk een volledig witten, was het niet van z’n kleurke. Zelf zal ie zeggen van niet, (dat hij geen ECM is) maar of dat dat toch niet onder de definitie kan vallen? Hij krijgt wel degelijk te maken met een vorm van discriminatie of racisme, die socio-economische uitsluiting is er wel hoor.”* (respondent residentiële zorg)

*“Maar zelfs ook de vraag naar Grieken, Spanjaarden, gaan die ook een andere benadering nodig hebben? Nederlanders, Frankrijk, .. Voor ons is dat een ruime, een ruim begrip eigenlijk.”* (respondent ambulante zorg)

*“Is iemand met grootouders van een ander origine een allochtoon? En wat doe je dan met mensen van bijvoorbeeld Engeland. De grens is wat moeilijk te stellen hé.”* (respondent residentiële zorg)

De onduidelijkheid, maar vooral ook de diversiteit binnen de groep etnisch-culturele minderheden, maken generalisatie van de barrières die hierna worden opgesomd moeilijk. Dit is dan ook niet de doelstelling van deze masterproef. Met de analyse willen we een inzicht krijgen op de bestaande barrières en deze zo goed mogelijk in kaart brengen, zonder een kwantificering of veralgemening te maken. Barrières gelden vaak niet voor de volledige groep. Een goed voorbeeld hierbij is de taalbarrière. Deze is opvallend bij bepaalde subgroepen uit de groep etnisch-culturele minderheden. Onderstaande uitspraak schetst die situatie optimaal.

“(over Turkse gemeenschap, in verband met de taalbarrière) Ja, hangt er een beetje van af, dat ik euh, ja, taal dat maken we steeds minder mee, die mannen die hier vaak ook geboren zijn of opgegroeid zijn, die spreken natuurlijk wel Nederlands, maar dat komt dan natuurlijk terug met die Roma’s en die Bulgaren en zo is dat weer serieus.” (respondent beleid)

Bovendien geven respondenten ook aan dat de barrières niet uniek zijn aan cliënten van een verschillende etnisch-culturele afkomst.

*“Maar evengoed é, heb je ’t zelfde gesprek met een Vlaamse man, die nog geen enkele ervaring heeft met hulpverlening en die eigenlijk ook helemaal niet weet wat dat hij aan het doen is en wat dat hij kan verwachten*.” (respondent CGG)

Dit toont het belang van hulp op maat en individualiteit ook aan. Een loutere focus op de culturele aspecten zou hier dan ook niet de juiste aanpak zijn. Hoewel cultuur een belangrijk en prominent deel van iemands referentiekaders uitmaakt, spelen nog andere factoren ook mee: ander gebruik, een andere achtergrond, een andere socio-economische situatie, enz.

*“Hij zegt zelf ook zo van, euh, ja, dat het individu en een individuele aanpak van zo’n groot belang zijn.* *Je kan wel wat inzetten op dat multiculturele, maar uiteindelijk is elke persoon zo verschillend en heeft iedereen een andere strategie nodig.“* (respondent residentiële zorg)

*“‘t Zijn mensen die andere accenten, met aanpassingen met meer individuele trajecten gaan kijken, maar ’t programma op zich blijft wel ’t zelfde. Geen onderscheid en tegelijkertijd wel onderscheid maken. ’t Programma is altijd ’t zelfde, maar ’t is anders. Zo hebben wij ’t altijd genoemd. We zeggen altijd ‘Een bruinen, is nen bruinen, en da’s gene witten’.”* (respondent ambulante zorg)

Bovenstaande bemerking is belangrijk om mee te nemen bij de interpretatie van de barrières. Het toont aan waarom deze barrières ook niet kunnen worden veralgemeend, en ook interne verschillen liggen binnen de etnisch-culturele minderheden. Dit is echter geen pleidooi voor een relativering van de barrières die optreden. Het belang van een duidelijk zicht op de problematiek werd doorheen de masterproef reeds uitgebreid aangehaald. Cultuur speelt immers steeds een grote rol en sensitiviteit naar de barrières toe zorgen ervoor dat minderheden beter worden bereikt, ondersteund en begeleid.

## Toegankelijkheid

Wanneer tijdens de interviews werd gevraagd naar de instroom van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening, kon quasi iedereen bevestigen dat zij deze groep in mindere mate kunnen bereiken. Bepaalde respondenten wisten dit met cijfergegevens vanuit eigen voorziening aan te tonen, andere baseerden zich op de personen waarmee zij een behandeling opstartten.

*“Ja, normaal zou een veel groter deel hier allochtoon moeten zijn. Kijk ne keer naar Ronse, slechts 5% zijn allochtonen. Da klopt niet é. En wat zie je, bijvoorbeeld in Ronse, hebben we een voetbalclub voor de Belgian Homeless Cup opgericht. En wat zien we, dat bijvoorbeeld 40% allochtoon is. Dit lukt dan wel, dus ik denk dat we via die methodieken toch wel moeten proberen uit te reiken. Misschien eerder op andere dingen inzetten? Zo ne keer voetballen misschien.”* (respondent ambulante zorg)

“Die Maghrabijnse groep in het algemeen, die worden, ze kunnen een heel klein beetje in de substitutiebehandeling worden gezien. Maar dat is het dan ook wel.” (respondent beleid)

Respondenten haalden verschillende elementen aan die, vanuit hun ervaring, de toegankelijkheid van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening beïnvloeden. De meest doorslaggevende elementen bij de instroom binnen de hulpverlening blijken vertrouwen (of het wantrouwen dat bij gebrek eraan ontstaat) en vormen van discriminatie te zijn. Hieronder worden de resultaten weergegeven van wat de respondenten wisten te vertellen over de barrières die etnisch-culturele minderheden ondervinden bij de toestroom tot de hulpverlening.

### Wantrouwen

Vertrouwen blijkt essentieel te zijn wanneer het gaat over drugproblematieken. Hulpverleners uit verschillende types van hulpverlening haalden vertrouwen aan als een cruciale factor om te bepalen of iemand een succesvolle begeleiding kent of niet. Dat is niet anders bij etnisch-culturele minderheden.

*“Nee, maar op bijeenkomsten, goh, eens dat er vertrouwen is, dan komen die mensen los is. Omdat ze dan ook merken dat er steun is, dat ze niet met een scheef oog bekeken worden, of dat er wantrouwen is. Ja, dat moet er natuurlijk eerst gebeuren e. Dat ze zich goed voelen, dat ze zien dat ze aanvaard worden.”* (respondent zelfzorg)

Dat essentiële vertrouwen blijkt er vaak moeilijker te bereiken bij etnisch-culturele groepen. Respondenten gaven aan dat dat wantrouwen een grote barrière vormt om tot de hulpverlening toe te stromen en het doorbreken ervan blijkt niet makkelijk. Sommige individuen lijken zich zelfs nooit helemaal open te stellen naar de hulpverleners toe.

“Twee, wat we hebben gezien is dat het wantrouwen, ja, en dat valt samen met ’t eerste, ja, toch ook aanwezig is, zo van ja, ‘Wat is dat daar, met die witten hulpverlening? Wat betekent dat?’ en er wel voor zorgen er toch wel mensen zijn dat toch, maar pas op, da’s allemaal wat stereotiep é, wat in hun eigen gemeenschap gaan proberen op te lossen.” (respondent ambulante zorg)

*“Da’s dan mijn ervaring. Dat je al heel lang bij mensen kan zijn en dan toch achteraf dingen te weten kan komen dat ge denkt van, allez, waarom heeft die dat niet verteld. Dat dat vertrouwen zo wat langer duurt.”* (respondent MSOC)

Verschillende elementen spelen een rol in dat wantrouwen. Zo krijgen bepaalde minderheden vaker te maken met discriminerende situaties en opmerkingen, dan de etnisch-culturele meerderheid bij dagdagelijkse bezigheden. Dat brengt volgens respondenten met zich mee dat etnisch-culturele minderheden vaak omzichtiger omgaan met vertrouwen. Hierna wordt discriminatie verder besproken als afzonderlijke barrière.

Een ander element dat hier speelt, is het feit dat het aanbod aan drughulpverlening hen vaak onbekend is. De argwaan is groter voor het onbekende en net die onbekendheid blijkt groter binnen de meeste etnisch-culturele minderheidsgroepen.

*“… maar toch dat ’t nog altijd onbekend is, de hulpverlening, ja. Ook in de Vlaamse cultuur, vraagt gij een keer op straat aan tien mensen van ‘Wat is de Kiem’, ze gaan ’t ook niet weten é. Binnen die gemeenschap is het onbekende veel groter.”* (respondent ambulante zorg)

Het werken met sleutelfiguren kwam daarbij aan bod om dat vertrouwen te genereren en het wantrouwen te doorbreken. Sleutelfiguren kunnen mensen zijn binnen een gemeenschap of mensen die nauw contact hebben met een bepaalde gemeenschap en een aanspreekpunt vormen. Deze vorm van outreachend werken beoogt het verkleinen van die drempel om hulp te zoeken bij de professionele hulpverlening. Het hoeft hier niet per se te gaan om sleutelfiguren van niet-Belgisch origine, maar een respondent merkte op dat een sleutelfiguur die zelf tot een etnisch-culturele minderheid behoort, reeds een bepaald vertrouwen geniet, vanwege de weerspiegeling van hun situatie. Iemand die hen begrijpt of iemand hun situatie kent.

“En een van die belangrijkste koorden in die verbinding, hebben wij de sleutelfiguren genoemd. En daar geloof ik het meest in. We hebben toen contact gehad met een verschillende sleutelfiguren, dat was een imam dan, dat was een hulpverlener van allochtone afkomst, twee, één binnen de Marokkaanse en iemand binnen de Turkse gemeenschap. En naar mate dat we met die contact hadden, dan zagen we ook de instroom en de doorstroom echt wel naar boven gaan. Valt dat weg, dan verdwijnt ook die instroom”. (respondent ambulante zorg)

De rol van die sleutelfiguren is nu net dat vertrouwen te wekken en zorgt voor een soort toegangspoort tot bepaalde groepen die om verschillende redenen niet of minder te bereiken zijn. Uit ervaring van verschillende projecten blijkt die aanpak ook degelijk te werken, indien de sleutelfiguren ook worden gedragen door de gemeenschap.

*“Als er ergens iets met me is dat ik weet waar ik heen kan gaan binnen mijn eigen kringen, dan werkt dat gewoon vrij goed. Dan moet je wel altijd heel goed opletten in het verschil tussen man en vrouw. Dat maakt bij ons natuurlijk ook wel uit, als je te maken krijgt met seksueel geweld, dan is het voor meisjes vaak makkelijker om daar met een vrouwelijk hulpverlener over te babbelen, dan met een mannelijke. Daar hou je sowieso rekening mee. In die groepen ligt dat nog veel extremer. Je moet ze dus in principe beide* (sleutelfiguren) *hebben. En ze moeten ook gedragen zijn door de gemeenschap.”* (respondent beleid)

### Discriminatie

#### Discriminatie in het dagelijkse leven

(Gepercipieerde) discriminatie (in ruime zin) of onverdraagzaamheid tegenover etnisch-culturele minderheden, blijkt een aanzienlijke belemmering naar de instroom in de drughulpverlening toe te vormen. De discriminatie uit zich op verschillende manieren en genereert een gevoel van ‘onmacht’. Die onmacht kan zich dan weer op allerlei manieren gaan uiten door bijvoorbeeld negatieve verwachtingen te creëren naar de manier hoe ze zullen worden behandeld. In alle gevallen vormt de discriminatie echter een nieuwe barrière om hulp te zoeken.

*“(over allochtone cliënten) Dan moesten we die gasten ook aansporen om werk te zoeken, maar dan kregen we te horen van ‘ja, mijn vriend heeft universiteit gedaan en die heeft nog steeds geen werk’. Ja, wat moet ik dan. Nou goed… Dan heb je van die undercover operaties, waarbij iemand belt naar een interimkantoor dat hij personeel nodig heeft, maar die is eigenlijk radiopresentator, om garagepoorten te plaatsen, ‘maar ’t mogen wel geen buitenlanders zijn, want dat zien z’n klanten niet graag’. ‘Geen probleem’, zeggen ze dan. Zo gaat dat natuurlijk niet é. Dan blijven in dat straatje zitten.”* (respondent beleid)

*“Er zitten bij ons ook een aantal mensen die het niet al te nauw nemen met het geven van kritiek op. Die hebben het niet altijd goed begrepen op die mensen. In de buurt waar dat die dan wonen zijn dan ook veel mensen die daar een andere gewoonte op nahouden. Euh, zo dat die veel op straat leven (…) En dat is voor ons niet altijd gemakkelijk omdat vanuit hun standpunt te bekijken. Dus ik denk dat het dan ook soms een beetje aan ons ligt, dat we vanuit ons standpunt kijken. Dat we ook niet open zijn voor die mensen, niet tolerant.”* (respondent zelfzorg)

Zoals hierboven reeds aangegeven werd, is die discriminatie waarmee etnisch-culturele minderheden in het dagelijkse leven vaker mee te maken krijgen ook gerelateerd aan het vertrouwen of net het wantrouwen van de hulpverlener met een ander referentiekader dan de doelgroep. Op die manier vormen discriminerende behandelingen een nieuwe barrière om toegang te zoeken tot de drughulpverlening.

#### Discriminatie door instituties

Enkele respondenten hekelden de ingewikkelde procedures of de administratieve discriminatie als zijnde een barrière. Procedures voor legalisering, uitkeringen, enz. zijn vaak ingewikkeld of niet gecentraliseerd. Soms zijn formuleringen van documenten van een danig academisch niveau, dat deze niet meer toegankelijk zijn. Deze documenten zijn vaak echter noodzakelijk, niet alleen voor het opstarten van een behandeling, maar vaak ook om op andere levensdomeinen geholpen te worden. Mede door toedoen van de taalbarrière, is deze vorm van administratieve discriminatie vaak een onoverkomelijke barrière naar instroom in de drughulpverlening toe.

*“En ook de ingewikkeldheid van sommige procedures. En toch ook wel hoe het statuut van al die mensen in mekaar zit en zo. Legaal, illegaal, paspoorten, dat is zo’n ingewikkelde materie, den één weet dat, de ander weet dat, waardoor dat zij ook heel vaak in een slachtofferpositie komen en ook heel vaak onrecht voelen, omdat dat allemaal niet zo vlot gaat.”* (respondent MSOC)

*“Maar dat is dan als ge bijvoorbeeld met die mensen het traject aflegt naar instanties, is dat vaak, worden die vaak een beetje afgewimpeld door die instanties zelf. Ik vind dat zeer moeilijk. Als ge met mensen bijvoorbeeld naar de burgerlijke stand gaat, zij moeten dat zelf uitleggen, ge hoort dat Nederlands niet hun moedertaal is, maar vaak blokkeert dat dan al zo wat. ‘k Zal niet zeggen dat dat expres is, maar je ziet toch wel dat ’t direct is van ‘’t Is niet hier dat je moet zijn’ en dat ze niet direct meer uitleg geven van waar je dan wel moet zijn. En zo worden ze heel vaak van het kastje naar de muur gestuurd. En ze kunnen dan zelf niet genoeg vragen waar ze wel moeten zijn.”* (respondent MSOC)

De ingewikkelde procedures zorgen voor frustratie, of zoals een respondent aangeeft, tot een gevoel van onrecht. Deze subtielere vorm van discriminatie wordt aangehaald als een bron van machteloosheid, wat het voor etnisch-culturele minderheden moeilijker maakt om hulp te zoeken. Opnieuw kan hier worden benadrukt dat vertrouwen, of net wantrouwen, hier nauw mee verbonden is.

### Medische kijk op middelenmisbruik

Het viel verschillende experten ook op dat bepaalde groepen van etnisch-culturele minderheid op een andere manier tegen middelenmisbruik opkijken. Zo blijken zij sneller de huisarts te contacteren, of zijn hun klachten eerder fysiek. Die andere kijk op de verslavingsproblematiek, met name een meer medisch gericht referentiekader, wordt ook aangehaald als element waarom etnisch-culturele minderheden minder snel tot de reguliere drughulpverlening toetreden. De Westerse drughulpverlening kent een psychosociaal georiënteerde aanpak, maar bepaalde respondenten geven aan dat minderheden vaak eerder somatische of fysieke klachten hebben. Dit kwam zeer duidelijk aan bod in het MSOC.

*“En dan drie, het ziektebeeld was ook een duidelijke schakel. Hoe kijken ze naar verslaving, dan zien we toch wel dat in andere culturen daar toch wel op een andere manier wordt naar gekeken. Een toch wel meer medisch discours.”* (respondent ambulante zorg)

*“Toch wel vaker somatische klachten é, pijntjes é. Bij Turkse mensen, meer echte pijn é, niet die psychologische kant. Een andere kijk, of zo meer iets waar je niet mee naar buiten komt eigenlijk.”* (respondent MSOC)

*“Euhm of wat je ook merkt in bepaalde doelgroepen is dat ze heel veel belang hechten aan een dokter, dat ze, als een dokter iets zegt, of dat ze automatisch denken dat ik een dokter ben, ik ben natuurlijk geen dokter, ik ben maatschappelijk assistent.”* (respondent CGG)

De medische benadering kan met zich meebrengen dat etnisch-culturele minderheden minder snel toegang zoeken tot de psychosociale hulp, wat net de basis vormt binnen het grootste deel van drughulpvoorzieningen (Hilderink et al., 2009) en op die manier een barrière vormen.

### Culturele verschillen

In deze paragraaf worden verschillende barrières gebundeld die een eerder culturele inslag hebben. Dit krijgt op verschillende manieren vorm, zoals hieronder wordt weergegeven.

#### Gebruikerstaboe

Binnen de allochtone gemeenschap rust op het thema drugs een groter taboe dan dat bij andere gezinnen het geval is. Verschillende respondenten gaven aan dat middelenmisbruik een onaangeroerd thema is binnen de gemeenschappen. Vaak komt de ontkenning van een problematisch gebruik daarbij aan bod, zowel door gebruiker als omgeving.

*“Ja, zeker in mijn geval. Turkse mensen bijvoorbeeld is een groep die heel moeilijk te bereiken valt. Omdat die niet zeer snel misschien mogen hulp zoeken, dat er misschien een heel druggebruikerstaboe heerst. Dus dat merk je wel.”* (respondent MSOC)

*“Ik denk dat ’t een beetje een taboe is. Ik had nog veel contact met de Turkse Unie* (koepelvereniging die organisaties voor de Turkse gemeenschap bundelt)*, zij voelden dat ook, dat er toch wel veel taboe rond is, rond die (drug)hulpverlening.* (…) *We hoorden en voelden ook wel dat als het over hulpverlening ging dat zware problematieken werden doodgezwegen*.*”* (respondent MSOC)

Wanneer daarbij wordt genomen dat motivatie een belangrijke factor is bij het zoeken van hulp, lijkt het taboe een grote hinderpaal te vormen om in te stromen in de drughulpverlening.

#### Rol van de gemeenschap

In lijn met het taboe dat op druggebruik rust, treedt ook een verlaagde tolerantie op naar drugmisbruik binnen bepaalde gemeenschappen. Dit brengt met zich mee dat een druggebruiker nog meer geïsoleerd wordt. Het gemeenschapsgegeven speelt hier dan een grote rol in. Wanneer je namelijk wordt afgewezen binnen een bepaalde groep uit de gemeenschap, geldt dat vaak ook voor de grotere gemeenschap. En dat zorgt op zijn beurt weer voor een stigmatisering.

*“Vooral bij de Marokkanen en de Turken, dan zie je dat mensen die bijvoorbeeld in Gent zitten, die komen allemaal van dezelfde streek. Als je bijvoorbeeld naar Genk gaat, dan is dat weer helemaal anders. Dan komen ze uit een hele andere context, maar ook weer allemaal uit een bepaalde omgeving. (…). Als je binnen de Gentse gemeenschap wordt afgewezen, omdat je je bijvoorbeeld te Westers gedraagt, dan ben je eigenlijk een beetje door de gemeenschap afgewezen. Dat zit dan wel een stuk lastiger.”* (respondent beleid)

Sommige respondenten geven echter aan dat het gemeenschapsgegeven ook positief is. Ze beschreven bijvoorbeeld hoe sommige etnisch-culturele minderheden binnen hun eigen gemeenschap op zoek gaan naar oplossingen. Zo blijkt dat zij vaker een groter intern netwerk hebben waar zij kunnen op terugvallen.

*“Ze hebben eigenlijk een netwerk waar jij als hulpverlener geen deel van bent. Jah, geen hulpverlenersnetwerk é, maar in de rijkere cultuur of gemeenschap, dat zij al hulp krijgen.”* (respondent MSOC)

Naast een intern netwerk, of het terugvallen op hulp van binnen de gemeenschappen worden ook alternatieve drugsbehandelingen opgevoerd binnen de gemeenschap. Ze proberen op eigen wijze een antwoord te bieden aan het middelenmisbruik. Zo spraken respondenten van het terugkeren naar het land van oorsprong om daar af te kicken.

*“… wat in hun eigen gemeenschap gaan proberen op te lossen. Euhm, en dan zien we daar een aantal contactpersonen die daar zo wat in circuleren die dat toch wel wat oppakken binnen die gemeenschap. Om het heel stereotiep te zeggen, in de Turkse gemeenschap hebben we heel lang gezien van verslavingsproblematiek, hup twee jaar naar Turkije terug. Afkicken en terug.”* (respondent ambulante zorg)

Het terugvallen voor hulp binnen de eigen gemeenschap vormt niet per se barrière voor etnisch-culturele minderheden, maar verklaart wel waarom zij minder snel toestromen tot die hulpverlening. Een respondent merkte wel op dat bij zware drugproblematieken dat netwerk er niet altijd meer is om op terug te vallen. In het licht van het gemeenschapsgegeven bij bepaalde etnisch-culturele minderheden is dit natuurlijk problematischer, want dat wordt opengetrokken naar een groter deel van de gemeenschap.

*“Ik merk ook wel dat die hun eigen netwerk hebben, waar jij geen toegang tot hebt, maar dat ze terecht kunnen voor heel veel dingen. Dat gaat tot heel ver. Maar als het dan tot zware problematieken komt, heb je natuurlijk niet altijd dat netwerk nog.”* (respondent MSOC)

Er zijn dus diverse culturele verschillen die een rol spelen in de toestroom naar de hulpverlening toe. In bepaalde situaties hebben ze tot gevolg dat etnisch-culturele minderheden minder snel geneigd zijn om hulp zoeken, wat een barrière vormt naar toegang tot de hulpverlening. Soms echter blijkt de gemeenschap een eerder beschermende factor te vormen.

### Het belang van motivatie

Bij een behandeling in de drughulpverlening is motivatie een belangrijke factor voor toestromen tot de hulpverlening, maar ook voor het al dan niet slagen van een behandeling. Wanneer deze ontbreekt, is het vaak veel moeilijker werken voor de hulpverlener én druggebruiker.

*“Uiteindelijk is motivatie de grote betrachting in drughulpverlening. Ik heb last, dus ik wil er van af, dat is snel gezegd. Die intrinsieke motivatie speelt daar een grote rol in. Maar wie moet vanuit externe druk, dat is moelijker.”* (respondent ambulante hulpverlening)

Er zijn echter situaties waar gebruikers in een eerder verplichte context worden gestuurd naar de hulpverlening. Die verplichting, waar dus vaak een intrinsieke motivatie ontbreekt, blijkt vaak een barrière te vormen tijdens de behandeling. De onvrijwillige context kan op initiatief van thuis (ouders, partner, enz.) uit zijn, door de omgeving, maar bijvoorbeeld ook door justitie. Met de justitiële doorverwijzing wezen enkele respondenten op barrières. Sommige respondenten geven aan dat een doorverwijzing uit justitie vaak niet voldoende is, en wordt vaak gezien dat zij na bepaalde tijd terug wegvallen uit begeleiding. Redenen hiervoor zijn divers.

*“Er zijn ook veel mensen die bij ons terecht komen die door de rechter gestuurd worden. Dat de rechter legt dan de verplichting op om iets aan hun probleem te doen. En dan wordt de zelfzorg bijvoorbeeld gesuggereerd. En dan ziet ge die dikwijls ene keer, twee keer en dan vragen die een attest.”* (respondent zelfzorg)

“(Over motivatie) *Dat is het belangrijkste. Als de betrokkene zelf niet wil, dan heeft dat geen zin. Als je iemand gaat verplichten ook, heeft dat vaak een averechts effect.”* (respondent zelfhulp)

Andere respondenten hekelden het feit dat etnisch-culturele minderheden vaak minder doorstromen vanuit justitie.

*“Dit hier, waar dat je nu zit, daar zijn er GAM projecten. Dat wil zeggen dat er hier mensen zitten die ook door justitie worden gestuurd. Gerechtelijke alternatieve maatregelen. Dat zijn allemaal mensen die de keuze krijgen tussen justitiële afhandeling of hulpverlening. Euh, dus dat zijn mensen uit justitie die worden doorverwezen uit justitie naar de hulpverlening. En daarvan zie je dat er 13% van een ander origine is. Ga je naar de gevangenis dan is meer dan 50 % van een andere culturele achtergrond. Dus dat klopt niet é. Dus in gans de strafrechtsbedeling zijn er mogelijkheden om door te verwijzen naar de hulpverlening en dan zijn er dus maar zo weinig die effectief doorverwezen geraken.”* (ambulante drughulpverlening)

Verschillende elementen lijken hierbij een rol te spelen. Sommige respondenten geven aan dat de taal een probleem is. Andere geven aan dat meer dan louter de taal speelt, maar ook andere culturele verschillen hier een rol in spelen. Deze factoren vormen allen mee de barrière naar de instroom in de hulpverlening voor (bepaalde groepen van) etnisch-culturele minderheden.

*“Ik kom voor m’n werk ook vaak in de gevangenis. Daar zitten behoorlijk veel allochtonen. Van alle mogelijk afkomsten die je maar kan bedenken, dat maakt allemaal niet zo gek veel uit. Dan kom je ze ook in de rechtbank tegen. En dan denk je ze in de DBK ook tegen te komen. Als ze al niet in staat zijn om een fatsoenlijk gesprek met een procureur of een onderzoeksrechter te voeren, dan wordt het niet-spreken uitgelegd als iets negatiefs. Dat wordt dan uitgelegd als iets niet-gemotiveerd, want hij wil niet meewerken. En ja, natuurlijk autochtonen die kunnen een hele show opentrekken. Die weten precies hoe je een therapeut moet omlullen. Vaak spelen ook andere dingen een rol. Er is bijvoorbeeld soms dan ook wel een vrouw die dan letterlijk en figuurlijk boven je staat.”* (respondent beleid)

Taal blijkt een grote rol te spelen hierbij, maar in zeker mate ook de machocultuur waarbij een eerder traditionele rolverdeling in acht wordt genomen, maar ook waar minder direct en open wordt gesproken over bepaalde dingen.

## Tijdens behandeling

Eenmaal toegestroomd tot een behandeling, blijkt taal de barrière bij uitstek waar niemand omheen kan. Daarnaast blijft ook vertrouwen een rol spelen tijdens de behandeling zelf. Als laatste wordt opnieuw ingegaan op culturele verschillen die naar boven komen tijdens de behandeling en wel degelijk voor een barrière zorgen.

### Taalbarrière

Deze blijkt unaniem een van de grootste barrières te zijn binnen de drughulpverlening, met grote gevolgen van dien. Wie niet dezelfde taal spreekt kan niet worden geholpen. Wanneer iemand de taal wel beheerst, maar in mindere mate zich kan uitdrukken, ondervindt hier ook de gevolgen van. Demotivatie of frustratie komen hier vaak naar voor wanneer iemand zich onvoldoende kan uiten.

*“Ze (*jongeren*) hanteren de taal niet voldoende, maar waarvan je aan de vragen die ze stelden, merkt van ‘nou, wat doet die op een BSO school’. Met dat abstractievermogen, altijd weer. Motor van het onderwijs blijft taal. Dus als je de taal niet spreekt, dan zit je daar met een hoop gedemotiveerde gasten, die totaal geen motivatie hebben om iets te gaan doen.”* (respondent beleid)

“*Als je elkaar’s taal spreekt, dan zie je aan uw cliënt of dat alles volledig duidelijk is, dat is vaak, ik vind dat heel belangrijk, dat je ziet aan de manier van doen van of dat die dat verstaat. En wanneer ge niet dezelfde taal spreekt, dat ge dat toch niet volledig mee hebt, van of die ie weet wat je bedoelt, omdat je dat niet weet*.” (respondent CGG)

Vaak speelt taal ook een rol bij andere barrières. Zoals hierboven reeds werd aangegeven vormt het een hinderpaal wanneer (officiële) documenten zoals identiteitspapieren in orde moeten worden gebracht, maar evengoed bij bijvoorbeeld (re)integratie na een behandeling in de drughulpverlening. Taal is het communicatiemiddel bij uitstek, spreek je die niet, dan vormt dat een behoorlijke hindernis. De taalbarrière beperkt zich bovendien niet alleen binnen de hulpverlening, maar speelt ook een grote rol op andere domeinen. Wanneer jongeren de taal niet voldoende onder de knie hebben, ondervinden zij problemen op school. Het vormt evengoed een barrière om te zoeken naar werk. Respondenten konden het belang van taal niet genoeg benadrukken. Zij gaven wel aan dat ze cliënten vaak ook in het Engels of Frans te woord kunnen staan, maar desondanks het blijft een van de voornaamste barrières.

Vaak wordt een tolk gecontacteerd om aan deze drempel tegemoet te komen. Hierdoor kunnen er echter andere barrières zich opwerpen. Zo bleek dat het werken met een tolk het gesprek vaak onnatuurlijk en stuurs maakt, terwijl de onderwerpen die aan bod komen van persoonlijke en gevoelig zijn. Het blijkt heel wat stroever om een degelijk gesprek te voeren met een cliënt wanneer dat via een derde moet gaan.

*“Als ze dan een tolk erbij gaan halen, dan is ieder persoonlijk contact weg. Eigenlijk was dat een beetje schrikken.”* (respondent beleid)

De technische kant blijkt ook wat omslachtig. Het werken met een tolk kan via de telefoon, of via een afspraak waarbij de tolk zelf ook het gesprek bijwoont. In beide gevallen moet hiervoor een afspraak worden gemaakt dat voor alle partijen past, wat de spontaniteit hindert.

*“Eén van de moeilijkheden blijft nog altijd de taalbarrière. Wij werken hier met tolken bijvoorbeeld, maar ge moet hiertoe bereid zijn natuurlijk. Ge moet dan bellen, een afspraak maken, maar taal blijft toch wel moeilijk.”* ( respondent ambulante hulpverlening)

Een respondent gaf ook aan dat tolken niet alleen het gesprek wat stroever maken, maar dat deze derde persoon er soms ook voor zorgt dat etnisch-culturele minderheden die de taal niet beheersen zich vaak geremder voelen met deze derde persoon erbij. De volgende uitspraak schetst de situatie.

*“Ik zal nu ’t voorbeeld eens geven met Tsjechische mensen, want da’s geen zo’n grote groep in Gent. Er zijn misschien over heel Gent iets van 500 mensen van de Tsjechische nationaliteit. Dus de tolk is natuurlijk ook iemand van Tsjechië en vaak kennen ze die. Omdat dat zo’n kleine gemeenschap is. En dat maakt dat ze al geremd gaan zijn om te praten omdat er een tolk bij is die ze eigenlijk in de privé ook zouden kennen. Ondanks dat die beroepsgeheim heeft é. Of die ze sowieso al vaker gezien hebben, want ’t is altijd diezelfde tolk. En dan gaan ze geremd zijn om eigenlijk openlijk hun verhaal te doen. Zeker als dat gaat over hun druggebruik.”* (respondent MSOC)

“*Wat we wel merken is dat bepaalde cliënten weigeren om met een tolk te komen. Dat kan zijn omdat er in een paar talen maar een paar tolken beschikbaar zijn en die zijn dan gekend of hebben connecties met familie of vrienden en da’s vaak ook taboe bijvoorbeeld, die verslavingsproblematiek, dat is niet altijd openlijk naar de buitenwereld toe, angst of schrik, zodanig dat niet altijd iedereen weet (van het druggebruik). Die dan met de tolk naar buiten zullen komen.”* (respondent CGG)

De vertrouwelijke sfeer om over persoonlijke problematieken te praten is gebroken, en dat blijkt dus verre van ideaal. Dit zorgt er dan ook vaak voor dat individuen van etnisch-culturele minderheden die geen Nederlands (of Frans en Engels) onder de knie hebben, eerder wegblijven uit de drughulpverlening. Ze kunnen zich namelijk onvoldoende uitdrukken, wat een weerslag heeft op de kwaliteit van de gesprekken en behandeling. Taal blijft een grote barrière om te kunnen toestromen, maar vooral ook tijdens de hulpverlening hindert het.

*“Daar gaat het weer fout, je kan het programma niet runnen als je de taal niet beheerst. En daar kun je vanalles proberen aan op te lossen, maar dat helpt niet echt. Want ja, je kan natuurlijk bekomen dat ze in hun land van herkomst worden opgenomen, maar dat willen die natuurlijk niet, die willen hier blijven.”* (respondent beleid)

### Betrekken omgeving

Vertrouwen speelt zowel in de aanloop naar begeleiding, als tijdens begeleiding zelf een rol. Welk belang vertrouwen heeft voor de cliënt zelf werd reeds aangehaald bij de instroom.

*“Dat hangt af van mij op die moment. Vertrouwen is heel belangrijk. Vooral te vertrouwen zijn. Je moet breed kunnen kijken. Je moet je kunnen inleven in die gewoonten.”* (respondent ambulante hulpverlening)

Wat tijdens de interviews ook vaker aan bod kwam, was dat niet alleen de cliënt van vertrouwen moet kunnen genieten, maar ook de omgeving, met name familie of vrienden. De directe context vervult een ondersteunende rol en het is daarom ook belangrijk om hen bij de begeleiding te betrekken. Dit blijkt echter net iets moeilijker wanneer het gaat om etnisch-culturele minderheden. Vaak ziet men ouders of familie gewoonweg niet.

*“We hebben het gevraagd aan de Sleutel, de Kiem, ‘Hoeveel ouders hebben jullie die betrokken zijn?’, nul. In Limburg bleken er dat dan achteraf toch wel wat meer. Dus bij rondvraging in centra bleek dat de achtergrond vaak niet betrokken was. Dus centra zagen die gewoonweg niet.”* (respondent ambulante hulpverlening)

Dit is opmerkelijk, omdat de meeste respondenten aangeven dat etnisch-culturele minderheden net veel belang hechten aan familie en gemeenschap. Zoals hierboven aan bod kwam, kunnen zij vaak sneller terugvallen op vormen van hulp binnen hun eigen omgeving.

*“Hoe ze zijn, dat gemeenschapsdenken. Zij hebben een opdracht naar de gemeenschap toe. Terwijl bij ons, autochtonen, wij zijn op ons ik gericht en er is een opdracht naar een individueel welzijn. En dat is toch wel iets anders.”* (respondent ambulante hulpverlening)

Die betrokkenheid van (directe) omgeving blijkt moeilijker binnen de drughulpverleningscontext. Wantrouwen komt hier opnieuw bovendrijven als belangrijke factor voor het al dan betrokken zijn van familie.

*“’t Is… allé… we gaan ouders Van Vlaamse cliënten uitnodigen bij ons, we doen dat natuurlijk ook met mensen met van een andere cultuur ook, maar om hen te kunnen te bereiken, moeten we net wat meer moeite doen, bijvoorbeeld door te kijken van ‘Hoe kunnen we de sleutelfiguren inschakelen om dat wantrouwen te doorbreken?’ enzoverder…”* (respondent ambulante hulpverlening)

Een andere respondent verwees naar het wantrouwen in de context van verwijzing vanuit justitie.

*“Er is een verschil tussen wet en hulpverlening. Ze hebben van thuis een soort van wantrouwen, maar we maken dat* (aan hen) *heel duidelijk. Zij zitten vaak met de schrik van ‘als we hier niet meer mogen komen, wat gaat justitie dan gaan zeggen?’. Dat moeten wij dan weer gaan uitleggen. Ook om dat wantrouwen tegen te werken. Dat is wel een uitdaging.”* (respondent ambulante hulpverlening)

Verschillende factoren blijken in te spelen op vertrouwen. Vertrouwen trachten te winnen is nochtans een essentiële stap tijdens de behandeling voor een drugproblematiek. In belangrijke mate ook naar het betrekken van familie. Niet alleen de druggebruiker van etnisch-culturele achtergrond zelf, maar ook diens familie worden geconfronteerd met de barrières.

Enkele respondenten merkten op dat een project werd opgestart enkele jaren geleden waarbij moeders van etnisch-culturele minderheden, in dit geval specifiek binnen de Turkse gemeenschap zelf bij andere ouders binnen hun gemeenschap informatie gingen geven (Noens et al., 2011). Dit verlaagde de drempel naar de hulpverlening en bleek een uitwerking te hebben naar het betrekken van familie, in dit geval voornamelijk ouders. Wanneer er intensiever wordt ingezet op het betrekken van omgeving van etnisch-culturele minderheden heeft dit wel een positieve invloed op dit wantrouwen.

Het omgekeerde werd daarbij ook aangegeven. Wanneer een hulpverlener het vertrouwen weet te winnen, blijkt dit een belangrijke invloed uit te oefenen.

*“… maar dan heb je een zodanige vertrouwensband, vaak meer mensen ECM, dan met Belgische mensen, dat ge daar toch nog altijd een beetje aanwezig blijft in dat gezin, dat gij toch de aanspreekfiguur wordt.”* (respondent MSOC)

### Culturele verschillen

Verschil in cultuur krijgt ook vorm tijdens de behandeling. Vaak vormen cultuurverschillen ook de plaatsen waar het botst tijdens een behandeling. Respondenten beschreven bepaalde situaties waar de Westerse cultuur niet altijd overeenstemt met bepaalde culturele gebruiken, die vaak een oorzaak van conflict vormen, wat op zijn beurt weer een rem kan vormen tijdens behandeling.

#### Traditionele man-vrouwverdeling

Sommige respondenten spreken van een machocultuur, waarmee gedoeld wordt op een eerder traditionele invulling van een man-vrouwverdeling. Het feit dat in België (en dus ook in de drughulpverlening) vrouwen werken in gezaghebbende posities, kan voor bepaalde individuen conflicterend zijn. Dit zowel in de drughulpverlening, als bij andere instanties, zoals bijvoorbeeld justitie.

*“… dan die behandelingscentra, die bouwen maatschappelijke structuren na. Nou, dan moet je er wel effe op nazien dat er, ja, wij vinden de gelijkheid van man en vrouw heel vanzelfsprekend, en zelfs nog bij ons ook, in die structuren dan is een vrouw verantwoordelijk voor de keuken en die gaat beslissen voor jou of je de uien moet snijden, of de aardappelen moet schillen, dan gaat dat natuurlijk niet altijd. Dan kun je zeggen ‘ze moeten daar leren mee omgaan’, maar ja, dan moet je wel effe prioriteiten gaan stellen. Dan moet je kunnen zeggen van oké, we hebben het nu over die drugs. Dat je nog een hele hoop andere dingen moet leren, oke, tant pis, maar laten we dan nu even zorgen dat we daar nu even alert zijn en dat daar nu even voor zorgen dat daar geen vrouwen zitten.”* (respondent beleid)

Dit wordt dan ook door sommige etnisch-culturele minderheden ervaren als een barrière tijdens de behandeling van een drugproblematiek.

#### Vorm van ‘dubbele identiteit’

Verschillende respondenten geven aan dat etnisch-culturele minderheden, voornamelijk bij jongeren van tweede of derde generatie, moeite hebben met enerzijds de waarden en normen die van thuis uit worden meegegeven en anderzijds de Westerse waarden en normen.

*“Heel veel bij Turkse mensen, bij Tsjechische mensen. Familie is zeer belangrijk, maakt een deel uit van hun achtergrond. Ook naar bepaalde normen en waarden die zij meegekregen hebben. School is bijvoorbeeld voor sommige minder belangrijk. Dus dat bepaalde andere culturele insteken hebben.”* (respondent MSOC)

Tussen die conflicterende visies is het niet steeds gemakkelijk een midden te vinden en dat schept vaak ook een barrière tijdens de behandeling in de hulpverlening. De mate waarin deze twee waarden goed worden geïntegreerd vormt net een beschermende factor (Gonzàlez Castro & Garfinkle, 2003). Hier beïnvloeden de verschillen tussen de cultuur in de thuissituatie en de cultuur op andere plekken (bijvoorbeeld school) het individu in de zin dat ze een barrière vormen tijdens de behandeling in de hulpverlening.

*“Hij (jongere van allochtone afkomst) maakte mee dat zijn vader niet goed kon integreren, maar hij heeft meegenomen van thuis uit van. Ik moet zorgen voor mijn broer, voor mijn ouders. Van waar komt dat? Vanuit zijn waardensysteem dat hij meegekregen heeft van thuis. (…) Hij ziet dat zo, en hij ziet dat als een grote last, maar daar kun je niet naast kijken.”* (respondent ambulante zorg)

Bij die jongeren blijken de huidige procedures niet steeds voldoende aangepast om tegemoet te komen aan de noden. Vaak strekken problemen zich ook uit over andere gebieden, maar wordt hierbij door de klassieke manier van werken niet aan tegemoet gekomen. Ook dit vormt een barrière naar bepaalde etnisch-culturele minderheden toe.

*“Zo is er het voorbeeld van een 17 jarige Bulgaarse gast, dus een zeer moeilijk thuissituatie, die moet komen van de rechter. Hij vindt dat hij geen problemen heeft. Dan ga ik met hem niet de klassieke vragenlijst doornemen, maar wil ik weten van wie is hij, waar is hij mee bezig, wat vindt hij belangrijk. En de thema’s discriminatie en vertrouwen kwamen snel aan bod. En dan ga ik daar met hem in mee, om hem begrepen te voelen en dat zorgt er dan weer voor dat hij op andere domeinen zoals dat van drugs, daar toch ietske meer in meegaat.”* (respondent ambulante hulpverlening)

Deze barrière kan in het licht worden bekeken van de verschillende visies op cultuur zoals die eerder werd aangehaald in de literatuurstudie. Een integratie van eigen referentiekaders (inclusieve benadering) en culturele eigenheiden (categoriale benadering) is hierbij belangrijk. De mate waarin tussen deze twee een conflict bestaat heeft invloed op de barrière tijdens de behandeling zelf.

#### Cultuursensitief werken

Vanuit de hulpverleners zelf werd het belang van het cultuursensitief werken benadrukt. Hiermee wordt gedoeld op het bewust omgaan met diversiteit in de voorziening. Het belang ervan hangt samen met de barrières gelinkt aan het verschil tussen culturele referentiekaders.

*“Eigenlijk heel weinig. Maar zo aparte maatregelen. Daar geloof ik niet in. Ik geloof in het cultuursensitieve, in de cultuur integreren, ge moet het zelfde doen, maar net iets anders. Dus allemaal over dezelfde kam daar ben ik niet voor te vinden. Een apart programma maken, dat is ook niet juist, maar ’t gaat over subtiele dingen. Dat ge ’t programma ’t zelfde doet, maar toch kleine aanpassingen. Bijvoorbeeld wanneer ge verwacht dat die ouders op bezoek komen, dan gaat da niet lukken met gewoon een keer te zeggen. Ge gaat moeten kijken hoe gaat dat naar vervoer, kunnen zij tot hier maken, hoe kunnen we die contacten leggen, is er een sleutelfiguur waar we contact mee kunnen leggen, …”* (respondent ambulante zorg)

*“En dan moet je eerst al iemand hebben die daar aan denkt. En wie denkt daar aan, iemand die het al kent. Ik zou daar niet aan denken, als het in mijn geval niet speelt. Het is dus belangrijk om met ervaringsdeskundigen te werken.”* (respondent beleid)

Op die manier wordt ingewerkt en getracht tegemoet te komen aan cultuurverschillen die tot botsingen kunnen leiden tijdens behandeling. Zoals in de literatuur al aan bod kwam, blijkt ook in deze studie dat interculturalisering van de drughulpverlening een belangrijke waarde kent.

## Uitstroom uit behandeling

Bij barrières gelinkt aan de uitstroom uit behandeling kwamen uit de interviews twee grote categorieën aan bod. Een eerste beslaat het thema (re-)integratie, een tweede de bredere socio-politieke context.

### Integratie

Na het doorlopen van een behandeling en deze (succesvol) kan worden afgesloten, volgt een re-integratie. Hierbij is het belangrijk dat een ietwat stabiele context kan worden geboden wanneer iemand terugkeert naar zijn eigen omgeving.

*“Je kan die verslaving wegnemen, en je zet die terug in dezelfde plek met dezelfde negatieve toekomstverwachtingen, dan komt de verslaving terug natuurlijk.”* (respondent beleid)

Bij etnisch-culturele minderheden komt daar vaak een extra moeilijkheid, in de zin dat zij naast de re-integratie in de maatschappij niet alleen wordt bemoeilijkt doordat zij (ex-) druggebruiker zijn, maar daar bijkomstig van een ander origine zijn. Hierboven werd reeds beschreven dat (verschillende) vorm(en) van discriminatie een rol spelen in de moeilijk doorstroom tot de drughulpverlening. Het thema komt bij re-integratie na behandeling opnieuw aan bod, zij het in een andere vorm.

*“… dat is re-integratie, dat herstellen. En ze hebben al moeite met integratie. Als ge dus een verslavingsproblematiek hebt en ge hebt moeilijkheden als ge werkt zoekt, gaan wij proberen iedereen de in een behandeling zit, terug aan het werk te krijgen. Maar wanneer gij bijvoorbeeld Turk zijt, is ’t al sowieso moeilijker om aan werk te geraken é.”* (Respondent ambulante zorg)

Bovenstaande quote vat samen wat er bedoeld wordt met de extra drempel die etnisch-culturele minderheden te verwerken krijgen. Naast het label ‘(ex)verslaafde’, dat reeds een grote impact heeft, moeten ze ook omgaan met het label ‘allochtoon’. Dat maakt een re-integratie na behandeling zwaar. Een respondent gaf aan dat het label ‘drugverslaafde’ al een moeilijk label is naar integratie toe:

*“* [over verslaving] *‘t Is sowieso al een stigma. Maar naast gevangenis is dat een van de ergste stempels dat er zijn. Dat je kan hebben.“* (respondent MSOC)

Bovendien verwijst de eerste uitspraak ook meteen naar de concrete situatie waarbij etnisch-culturele minderden vaak ook meer moeilijkheden ondervinden in het zoeken naar werk dan iemand van de etnisch-culturele meerderheid. Een onderdeel van de re-integratie is het verzekeren van een stabiele omgeving om op die manier een herval te voorkomen. Daar hoort dus onder meer de zoektocht naar een woonst bij. Ook hier blijken verschillende moeilijkheden te bestaan.

*“Ik weet ook geen methodieken in het zoeken naar werk voor een Turk. Da’s altijd ’t zelfde é. ’t Zelfde met woonst. Bel eens met de telefoon naar een bepaald nummer en je noemt jezelf Arafat dan is die woonst al verhuurd, maar bel je nadien met ‘Hallo, ik ben Jan’ dan blijkt dat die woonst nog niet verhuurd is. Re-integratie is nog moeilijker voor mensen van een etnisch-culturele minderheid.”* (respondent ambulante zorg)

*Een simpel voorbeeld is bijvoorbeeld het op zoek gaan naar een nieuwe woonst. Gij belt daar na en maakt een afspraak. Als zij bellen, horen ze dat dat iemand van een ander origine is en vaak is dat al dat zij gewoon niet moeten gaan kijken naar dat huis.* (respondent MSOC)

*Ja, ‘k heb met iemand een keer een traject afgelegd voor een woning te vinden, ja dat is niet makkelijk. We hebben dan toch een goede ziel gevonden.* (respondent MSOC)

Experten geven aan dat begeleiding in het zoeken naar huisvestiging bijna essentieel is, omdat zij anders te vaak worden afgewezen. Vaak speekt ook hier taal een rol. Wanneer iemand de taal niet machtig is, hoor je dat al snel waarop zij al sneller een negatief antwoord krijgen van verhuurders. Niet alleen bij het zoeken naar een huisvestiging, maar ook bij het zoeken naar een job ondervinden etnisch-culturele minderheden moeilijkheden.

*“Dan moesten we die gasten ook aansporen om werk te zoeken, maar dan kregen we te horen van ‘Ja, mijn vriend heeft universiteit gedaan en die heeft nog steeds geen werk. Wat moet ik dan?’”* (respondent beleid)

Huisbazen en werkgevers discrimineren (soms onbewust) etnisch-culturele minderheden. De combinatie met een drugproblematiek maakt dit gat alleen maar groter. Dit heeft moeilijkheden met re-integratie na een behandeling, concreet naar werk en huisvestiging toe, wat een zeer belangrijke barrière vormt.

### Socio-politieke context

Enkele respondenten hekelden ook de huidige socio-politieke context als extra barrière. Het thema diversiteit en migratie staan meer dan ooit centraal, na de terreurdaden en –dreiging. Vaak speelt dit niet in het voordeel van integratie en re-integratie na een drugverslavingsproblematiek. Wantrouwen naar etnisch-culturele minderheden speelt hierin een grote rol. Dit uit zich onder meer in de re-integratie na een behandeling toe, maar speelt ook breder, naar stigmatisering toe. Op zijn beurt vormt dit een risicofactor naar een geslaagde re-integratie. Stigmatisering en discriminatie hebben een significante uitwerking op het psychologisch welzijn (Pascoe & Richman, 2009), waar een herval natuurlijk niet uitgesloten kan worden.

*“En wat ook allemaal meespeelt nu is bijvoorbeeld ook de verrechtsing van de maatschappij, het vergroot alleen maar het wantrouwen bij de mensen.”* (respondent ambulante zorg)

*“Dat blijft spelen, dat blijft lastig. Hoe moeten we daar nou mee verder. Nou is er weer het een en ander gebeurd, waardoor iedereen op scherp staat.”* (respondent beleid)

### Terugkeer binnen gezin/cultuur

Enkele experts gaven ook aan dat de re-integratie in sommige gevallen ook bemoeilijkt wordt wanneer een jongere terugkeert naar een gezin die er een eerder traditioneel denken op nahoudt.

*“Het etnische-cultureel gegeven maakt het wel moeilijker, die integratie en terugkeer. Naar het zich afzetten tegen een traditioneel denken van de ouders, het is een moeilijker gegeven. Al hebben die mama’s dikwijls zo’n groot hart, ze hebben dikwijls de middelen niet, de verbaliteit niet, het inzicht niet, om dat te gaan bespreken.”* (respondent ambulante zorg)

Deze barrière kan in combinatie met het gebruikerstaboe en het gemeenschapsgegeven worden gezien, maar evenzeer met de dubbele identiteit of moeilijkheden met acculturalisatie van enerzijds de referentiekaders thuis en anderzijds de referentiekaders op andere plaatsen.

## Conclusie

Dit hoofdstuk presenteerde de resultaten die uit de kwalitatieve bevragingen aan bod kwamen. Hier worden de voornaamste bevindingen die uit die resultaten naar voor kwamen kort samengevat.

Eerst en vooral is het ook hier belangrijk te benadrukken dat de respondenten aangeven dat ‘de etnisch-culturele minderheid’ niet bestaat. Binnen de groep liggen interne verschillen ver uit elkaar: wat voor de ene een barrière vormt, is voor de ander misschien net een reden om hulp te zoeken. Hiermee wordt ook gealludeerd dat een generalisatie van barrières penibel wordt, net vanwege die interne verschillen.

De gesprekken brachten een arsenaal aan barrières naar voor, maar ook elementen die deze belemmeringen konden reduceren. Barrières gerelateerd aan de instroom in de hulpverlening worden gesitueerd in het wantrouwen naar de hulpverlening toe, de gepercipieerde discriminatie, de fundamenteel verschillende benadering van middelenafhankelijkheid en barrières gelinkt aan culturele discrepanties. Wanneer de barrières tijdens behandeling worden beschouwd, blijkt vooral de taalbarrière van fundamenteel belang. Andere barrières die werden verkend betroffen de vertrouwensband (vaak gelinkt met omgeving) en opnieuw barrières gekaderd binnen culturele verschillende opvattingen. Bij uitstroom bleken barrières gerelateerd aan re-integratie de voornaamste belemmering, al werd ook een vermelding gemaakt van de socio-politieke context.

Deze barrières zijn vaak specifiek verbonden met een bepaalde fase in de drughulpverlening. Heel vaak echter kunnen deze belemmeringen niet los worden gezien van elkaar. Zo genereert taal ook andere barrières dan louter het communicatieve gegeven. Of speelt discriminatie ook een rol in het al dan niet vertrouwen van een hulpverlener. Dit toont aan dat barrières elkaar ook versterken.

Een bijkomende constatatie heeft te maken met de rol van cultuur binnen de drughulpverlening. De interviews tonen aan dat cultuur een opmerkelijke rol speelt bij verschillende barrières, maar niet alles kan hierop worden teruggeleid. Cultuur heeft hierbij vaak een beïnvloedende impact, geen determinerende functie. Zo wordt door respondenten ook de eigen waardebelevingen en referentiekaders aangehaald als beïnvloedende factoren voor, tijdens of na behandeling. Dit verwondert niet wanneer er rekening wordt gehouden met de heterogeniteit binnen de groep etnisch-culturele minderheden. Indien cultuur daadwerkelijk de bepalende factor zou zijn, zou iedereen van een bepaalde culturele achtergrond dezelfde barrières kennen. Dat is niet zo, meer zelfs, bepaalde van deze barrières zijn niet specifiek aan etnisch-culturele minderheden, maar vormen evenwel een barrière voor individuen die niet tot een minderheid behoren. Dit toont onder meer het belang van de inclusieve benadering van cultuur, waarbij cultuur een aanknopingspunt vormt, maar waar ook individuele referentiekaders een belangrijke rol spelen.

Discussie

In deze studie werd onderzocht in welke mate etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening vertegenwoordigd worden en welke barrières zij ervaren wanneer zij met de drughulpverlening in contact komen. Hierbij werd een opdeling gemaakt per fase in de drughulpverlening: er werd gekeken naar de barrières bij de instroom in de hulpverlening, de barrières tijdens de behandeling van de drughulpverlening en barrières die zich vormen bij de uitstroom uit de drughulpverlening.

Dit werd benaderd op twee wijzen. Na een literatuurstudie werden aan de hand van kwantitatieve methoden verschillende RIZIV jaarrapporten (Antoine et al., 2013; Antoine et al., 2014; Antoine & van Bussel, 2012) bestudeerd. Een beschrijvende analyse van deze gegevens bood inzicht in de vertegenwoordiging van verschillende nationaliteiten binnen de Belgische drughulpverleningsfaciliteiten aangesloten bij de RIZIV conventie. Een tweede luik benaderde de problematiek via een kwalitatieve methode. Aan de hand van semi-gestructureerde interviews met experten uit de Oost-Vlaamse drughulpverlening werden de verschillende barrières waarmee etnisch-culturele minderheden te kampen krijgen geëxploreerd en geanalyseerd.

In dit hoofdstuk worden deze verschillende resultaten bediscussieerd en met elkaar in verband gebracht. Ten slotte wordt hier ook een conclusie aan vastgemaakt en enkele aanbevelingen geformuleerd.

# Etnisch-culturele minderheden in drughulpverlening

## Etnisch-culturele minderheden, een term met valkuilen

Alvorens de verschillende onderzoeksresultaten te bespreken, wordt eerst nog kort gewezen op de gewichtigheid van de term ‘etnisch-culturele minderheid’. In de literatuurstudie werd duidelijk dat het begrip verschillende opvattingen kent (Vanderplasschen et al., 2003). Zo valt de term niet gelijk te stellen met nationaliteit, aangezien hierbij geen rekening wordt gehouden met de culturele of socio-economische achtergrond van een persoon (Noens et al., 2011). Het gebruik van nationaliteit kan tot een onderschatting van de minderheidsgroep leiden. Binnen de masterproef werd het begrip ‘etnisch-culturele minderheid’ benaderd zoals het Vlaams decreet betreffende het Vlaams Beleid ten aanzien van etnisch-culturele minderheidsgroepen (1998, artikel 2) het omschrijft, namelijk met de inclusie van de subgroepen allochtonen, woonwagenbewoner, vluchtelingen en personen zonder geldige verblijfstatuut. Hierbij wordt de focus hoofdzakelijk gelegd op het al dan niet inwoner zijn van België en in mindere mate op taal en cultuur. Bovenstaande definiëring bracht echter een beperking met zich mee bij de operationalisering van de term in het kwantitatieve luik: gegevens betreffende de minderheidsstatus wordt om privacy redenen niet bijgehouden (Wet tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, 1992, art.6, §1). Een alternatief werd hiervoor gevonden onder nationaliteit, maar zoals eerder vermeld, geeft dit een vertekend, vaak onderschat beeld van de werkelijkheid.

Een tweede aantekening verduidelijkt zich in de heterogeniteit van de term. De definiëring herbergt zowel woonwagenbewoners als tweede generatie allochtonen onder dezelfde noemer, hoewel deze in realiteit weinig met elkaar gemeen hebben. De pluraliteit en diversiteit binnen de groep zorgt ervoor dat geen generalisatie kan worden gemaakt over ‘de etnisch-culturele minderheid’ (Escobar et al., 2006; Guerrero et al., 2012; Sannen, 2004). Het kwantificeren en veralgemenen van ‘de barrières’ van ‘de etnisch-culturele minderheden’ is evenwel niet het oogmerk van deze studie. De klemtoon ligt op het peilen naar de ervaring van verschillende belemmeringen in de drughulpverlening en de eventuele pijnpunten aan het licht brengen. Het is echter cruciaal daarbij ook de individualiteit van minderheden in rekening te brengen en de focus niet louter op cultuur te leggen.

## De vertegenwoordiging van niet-Belgen binnen de Belgische drughulpverlening

### Geen ondervertegenwoordiging in België

Een eerste luik binnen deze studie trachtte een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag ‘In welke mate etnisch-culturele minderheden worden vertegenwoordigd in de Belgische drughulpverlening en hoe hun instroom zich met autochtone groepen verhoudt?’. Aan de hand van een analyse van RIZIV jaarrapporten uit 2011, 2012 en 2013 over het aantal opgestarte drugbehandelingen, werd de aanwezigheid van etnisch-culturele minderheden onderzocht. Resultaten tonen aan dat het aantal niet-Belgen evenredig vertegenwoordigd is met het aantal Belgen in de drughulpverlening, rekening houdend met hun vertegenwoordiging in de Belgische samenleving. Op het eerste gezicht kan dus aansluiting worden gevonden met het onderzoek van Derluyn et al. (2008) dat concludeert dat er geen opvallende afwezigheid is van etnische minderheidsgroepen in de drughulpverlening.

### Oververtegenwoordiging van niet-Belgen binnen de MSOC’s, ondervertegenwoordiging in andere hulpverleningsvoorzieningen

Dit beeld vertekent echter wanneer een opdeling wordt gemaakt naar gewest en type drughulpverlening. Hieruit blijkt dat de ruime vertegenwoordiging van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening vooral te danken is aan de grote vertegenwoordiging van deze groep binnen de MSOC’s. Zij tekenden namelijk meer dan dubbel zoveel opgestarte behandelingen op door niet-Belgen (evenredig aan vertegenwoordiging in Belgische samenleving), vergeleken bij het aantal Belgen, zowel in 2011, 2012 als in 2013. Die oververtegenwoordiging van niet-Belgen binnen de MSOC’s is het meest opmerkelijk in Brussel, al vindt het ook in Vlaanderen en Wallonië plaats. De vaststelling in de MSOC’s staat in groot contrast met andere drughulpverleningsdiensten. Binnen het Vlaamse gewest lijken therapeutische gemeenschappen en crisiscentra in mindere mate niet-Belgen aan te trekken. De ondervertegenwoordiging van niet-Belgen valt het meest op binnen de therapeutische gemeenschappen waar gemiddeld 98% Belg is. Het is belangrijk hier het hulpverleningscontinuüm in rekening te brengen, waarbij residentiële centra zich aan het einde van dat continuüm bevinden. Het betreft meer gespecialiseerde hulp, wat een reeds beperkter doelpubliek op het oog heeft. Niettegenstaande blijft deze bevinding frappant. Ambulante centra binnen het Vlaamse gewest schommelen rond het gemiddelde of duiken er net onder. Binnen het Waalse en Brussels-Hoofdstedelijke gewest kennen centra bovenal een ondervertegenwoordiging van niet-Belgen binnen de dagcentra. Deze vaststelling verwondert, daar deze ambulante centra zich aan het begin van het hulpverleningscontinuüm bevinden en dus over het algemeen een breder cliënteel kennen dan pakweg residentiële centra. De therapeutische gemeenschappen binnen het Brussels-Hoofdstedelijk gewest kennen net als in Vlaanderen een duidelijke ondervertegenwoordiging van het aantal niet-Belgen, een trend die zich verrassend genoeg niet voordoet in het Waalse gewest.

### Ondervertegenwoordiging van EU-leden binnen de groep niet-Belgen

Ten slotte kwam uit de analyse naar voor dat er consistent meer niet-Belgen van niet-Europese afkomst een behandeling opstarten binnen de Belgische drughulpverlening, dan niet-Belgen van Europese afkomst. Bevolkingsgegevens die de opdeling maken naar nationaliteit zijn enkel beschikbaar tot 2010 en opnieuw vanaf 2015 (Statistics Belgium, 2010), maar laten toe een plausibele inschatting te maken over het aantal nationaliteiten binnen België. Daaruit blijkt dat niet-Belgen met een nationaliteit binnen de Europese Unie het merendeel van de niet-Belgen vertegenwoordigd. We zien deze verdeling dus niet binnen de drughulpverlening. Rekening houdende met de beperkingen van de jaarrapporten, waarbij niet alle types van drughulpverlening zijn opgenomen, kunnen we hier enkel gissen naar redenen. Ondervinden zij meer barrières om toe te treden tot de drughulpverlening? Hebben zij minder te maken met middelenmisbruik? Of speelt de socio-economische situatie hier een rol? Dit onderzoek is te beperkt om hierop een antwoord te formuleren, maar het vormt een boeiende piste naar verder onderzoek toe.

### Mogelijke verklaringen

Wanneer we ons vervolgens vragen stellen bij de vertegenwoordiging van niet-Belgen in de verschillende types drughulpverlening, kunnen we enkele verklaringen naar voor schuiven. Wanneer de interviews met experten in aanmerking worden genomen, kan de oververtegenwoordiging binnen de MSOC’s in verband worden gebracht met het eerder medisch discours dat MSOC’s bewandelen. Respondenten gaven aan dat bepaalde minderheden een eerder medische kijk hebben op middelenafhankelijkheid, wat bij MSOC’s toch meer het geval blijkt te zijn dan in andere vormen van drughulpverlening. Een andere verklaring kan liggen in het feit dat de verbale component minder aan bod komt binnen deze vorm van hulpverlening. Bijgevolg vervalt de taalbarrière die net een heel essentiële barrière vormt in de aanloop van of tijdens een behandeling. De ondervertegenwoordiging binnen residentiële centra kan dan weer verband houden met enerzijds de mate van specialisatie die deze centra kennen en anderzijds met de intense begeleiding. Deze barrières komen hier meer en langer naar voor dan wanneer men zich tot een ambulante dienst richt. Wallonië en Brussel, maar ook Vlaanderen (zij het in mindere mate) kennen echter ook een ondervertegenwoordiging in de ambulante centra, wat een eerder verrassende bevinding is. Barrières die zich voordoen en een toegang kunnen bemoeilijken of verhinderen, kwamen in het tweede luik van deze studie aan bod.

## Barrières die etnisch-culturele minderheden ervaren in de drughulpverlening binnen het Oost-Vlaamse zorgcircuit

Wat beïnvloedt de instroom in de drughulpverlening, waar bevinden de barrières zich? Deze vragen werden onderzocht aan de hand van een tweede luik, kwalitatieve interviews met praktijkexperts uit de drughulpverlening. Deze werden onderverdeeld naar toegankelijkheid, barrières tijdens behandeling en barrières bij bet verlaten van de drughulpverlening.

### Instroom in de drughulpverlening

Experten uit verschillende drughulpverleningscentra, bevraagd in het kader van het kwalitatieve luik van deze studie, vermeldden uiteenlopende barrières die aan de instroom in de hulpverlening kunnen worden gelinkt. Ze belemmeren de toegang tot de drughulpverlening voor etnisch-culturele minderheden. Het geeft een zicht op allerhande moeilijkheden die cultureel diverse minderheden ondervinden. Een eerste barrière situeert zich in het wantrouwen naar de drughulpverlening toe. Dit is vaak gelinkt aan een vorm van gepercipieerde discriminatie, maar evengoed het feit dat de drughulpverlening hen onbekend is. Wanneer de bekendheid uitbreidt, door bijvoorbeeld contact met sleutelfiguren in een gemeenschap, zien hulpverleners dat de stap makkelijker wordt gezet. Dit was volledig in overeenstemming met wat in andere studies werd bevonden (Derluyn et al., 2008; Noens et al., 2011; Hilderink et al., 2009).

Ook discriminatie blijkt een barrière naar instroom. Zowel discriminatie in het dagelijkse leven als door instituties (zij het indirect of niet bewust), belemmeren, in die zin dat ze een uitwerking hebben op verwachtingen en vaak gevoelens van onrecht en onmacht genereren. Zo zie je ook een vorm van administratieve discriminatie, door ingewikkelde procedures of administratieve beslommeringen waarbij cliënten vaak van het kastje naar de muur worden gestuurd. De taalbarrière speelt hier onvermijdelijk ook een rol. Het onderscheid tussen deze twee bronnen van discriminatie werden ook in het onderzoek van Burgess et al. (2008) gevonden. Deze haalde vooral de niet te onderschatten barrière van dagdagelijkse discriminatie aan.

Een derde opvallende barrière, die hierboven reeds kort werd aangehaald, betreft de eerder medische benadering van middelenafhankelijkheid wat contrasteert met de psychosociale focus binnen de Belgische drughulpverlening. Een dokter speelt met andere woorden een belangrijke rol voor etnisch-culturele minderheden en er komt een grote focus te liggen op het oplossingsgericht denken. Enkele andere studies maakten hier ook een vermelding van (Hilderlink et al., 2009; Scheppers et al., 2006).

Een vierde barrière situeert zich in de verplichte context waarmee men soms naar de hulpverlening wordt gestuurd. Dit werkt vaak negatief in op motivatie wat in belangrijke mate de kwaliteit van de behandeling bepaalt. Bovendien blijken etnisch-culturele minderheden in mindere mate doorverwezen te worden vanuit justitie. Verschillende barrières worden hierbij opnieuw aangehaald om een verklaring te bieden. Zo kunnen de taalbarrière, cultuurverschillen, maar ook bepaalde vormen van institutionele discriminatie worden aangehaald als beïnvloedende componenten.

Als laatste kwamen ook verschillende culturele verschillen aan bod die vaak een belemmering vormen om effectief hulp te zoeken. Allereerst komt hierbij het gebruikerstaboe kijken. Het middelenmisbruik wordt hierbij consequent ontkent door de omgeving (El Osri et al., 2011), wat een degelijke hulpverlening hindert in de zin dat het middelenmisbruik moeilijk kan worden besproken of net andere barrières versterkt. Volgens literatuur speelt schaamte of het niet ten schande willen brengen van de gemeenschap hier een rol (Hilderink et al., 2009). Vervolgens past het gemeenschapsgegeven van bepaalde groepen van etnisch-culturele minderheden hier ook bij. Deze kan een beschermende factor opnemen wanneer ze een ondersteunende rol opneemt, maar evengoed een belemmering wanneer het netwerk wegvalt.

### Behandeling in de drughulpverlening

Over de taalbarrière bestaat een consensus onder de verschillende hulpverleners, maar ook in de literatuur, als zijnde de drempel met aanzienlijke impact (Masson et al., 2013; Reid et al., 2001; Scheppers et al., 2006; Van De Putte et al., 2003). Het niet beheersen van de Nederlandse taal (of bij uitbreiding het Frans en Engels) heeft meer dan louter communicatieve gevolgen. Op administratief vlak hindert dit de zelfstandigheid, maar ook naar integratie toe is dit een belangrijke factor (denk aan school of werk zoeken). De taal versterkt daarbij vaak ook andere barrières, zoals het wantrouwen, wat ook in eerder onderzoek werd opgemerkt (Derluyn et al., 2008). Bovendien blijkt een tolk niet steeds tegemoet te komen aan deze barrière. Gesprekken blijken stroever te verlopen en het moet voldoende kunnen worden ingepland (er moet bijvoorbeeld een tolk beschikbaar zijn). Daarboven weigeren bepaalde minderheden een gesprek met een tolk, omdat ze de persoon kennen. Redenen hiervoor vallen ook weer te kaderen binnen de taboesfeer en het gemeenschapsgegeven.

Een volgende barrière geeft aan dat familie of omgeving van etnisch-culturele minderheden soms minder goed kan worden bereikt. De taalbarrière, maar ook het wantrouwen worden aangehaald als beïnvloedende factoren, met als gevolg dat de ondersteunende rol van familie tijdens behandeling gemist wordt.

Ten slotte blijken ook hier culturele verschillen bepaalde barrières op te werpen. De dubbele identiteit waarbij conflicterende waarden tussen enerzijds de waarden en normen van thuis uit meegegeven en de normen in andere omgevingen. De barrière vormt zich in de integratie van die verschillende referentiekaders. Hiertoe behoort ook de eerder traditionele man-vrouwopvatting die bij bepaalde minderheidsgroepen leeft. Dit geeft aanleiding tot botsingen met de drughulpverlening waar in bepaalde situaties een vrouw de leiding heeft. Hiernaar wordt ook soms verwezen als machocultuur. Dit vormt op zichzelf een barrière die de behandeling in de drughulpverlening kan hinderen.

Het gebrek aan cultuursensitiviteit kwam ook aan bod. Dit vormt een aanzienlijke barrière die reeds vaak in studies werd beschreven (Alegría et al., 2006; Castro & Alarcón, 2002; El Osri et al., 2011; Finn, 1996). Religie werd binnen deze studie niet behandeld, maar binnen het ruimere kader van cultuursensitiviteit komt het wel aan bod in de literatuur. Wanneer hiervoor niet de voorziene ruimte is, wordt dit aangehaald als een beduidende barrière met impact op het welzijn tijdens de behandeling (Hilderink et al., 2009).

### Uitstroom uit de drughulpverlening

Ten slotte bleken ook bij de uitstroom uit de drughulpverlening zich enkele belangrijke barrières te bevinden. Op de eerste plaats valt re-integratie na een drugbehandeling niet mee voor personen van etnisch-culturele minderheden. Dit is verbonden aan het stigma dat op (ex)druggebruikers rust, in cumulatie met de minderheidsstatus. Vaak is integratie voor etnisch-culturele minderheden al moeilijk, laat staan als daar nog een drugproblematiek bij komt kijken. Deze barrière uit zich concreet in moeilijkheden in het zoeken naar een huisvestiging, waarbij ze vaak te maken krijgen met vormen van discriminatie. Niet zelden speelt de taal ook een rol, wanneer iemand niet vlot Nederlands spreekt bijvoorbeeld. Hetzelfde verhaal speelt zich af bij het zoeken naar werk. De re-integratie vormt een belangrijke stap in het herstelproces, omdat ze een stabiele context bieden aan de (ex-)gebruiker. Dat valt vaak extra zwaar bij etnisch-culturele minderheden.

Enkele experts gaven aan dat re-integratie naar eigen context ook niet zonder moeilijkheden verloopt. Dit weerspiegelt de impact van het gemeenschapsgegeven, maar ook de conflicten tussen enerzijds de soms traditionelere referentiekaders vanuit cultuur en de cultuur uit de Westerse samenleving.

Bijkomend blijkt ook de huidige socio-politieke context een belemmering te vormen bij de uitstroom. Deze barrière is gelinkt aan de moeilijkheid bij re-integratie. Experten geven aan dat stigmatisering van etnisch-culturele minderheidsgroepen een behoorlijke barrière vormt, in de zin dat zij (nog) minder aanvaard worden. Uit literatuur blijkt dit een belemmering met een aanzienlijke impact op het psychologisch welzijn (Pascoe et al., 2009). Hier vormt zich dus opnieuw een moeilijkheid op vlak van re-integratie, waarbij de kans op herval om de hoek loert.

Voor de barrières bij uitstroom werd weinig bevestiging gevonden in de literatuur. Eén bron maakt verwijzing naar de moeilijkheid bij het zoeken naar een woonst om zo een stabiele huisvestiging te kunnen verzekeren (Alegría et al., 2006). Een andere bron legt de link naar werk, maar focust eerder op het behoud van een job tijdens een behandeling en in mindere mate op de barrière in het zoeken naar werk bij het verlaten van de voorziening (Saloner et al., 2013). Net daarin schuilt dan ook de bijdrage van deze studie.

Wat echter vaker aan bod komt in de literatuur, is de vervroegde uitval of drop-out van etnisch-culturele minderheden uit de drughulpverlening (E.Guerrero et al., 2015; Saloner et al., 2013). Weliswaar voornamelijk in Amerikaans onderzoek, blijkt toch dat etniciteit een significante rol speelt in de drop-out uit de hulpverlening. Dit moet worden genuanceerd door de volgende stelling: belangrijker dan etniciteit blijken ook andere variabelen zoals het type drugs, eerste keer in behandeling of justitiële druk.

# Algemene conclusie en aanbevelingen voor verder onderzoek

De onderzoeksvragen in deze masterproef konden aan de hand van kwantitatieve en kwalitatieve methoden afdoende worden beantwoord. De belangrijkste bevindingen in dit onderzoek constateren dat etnisch-culturele minderheden afdoende vertegenwoordigd lijken in de drughulpverlening, maar bij opdeling naar type drughulpverlening en gewest, demonstreren zich aanzienlijke onderlinge verschillen, waarin we een opvallende oververtegenwoordiging van niet-Belgen bemerken binnen de MSOC’s en (met uitzondering van het Waalse gewest) de therapeutische gemeenschappen een zware ondervertegenwoordiging kennen. Ook dagcentra blijken met deze ondervertegenwoordiging te maken te krijgen (al is dit in Vlaanderen minder het geval). Tevens werden verschillende barrières in kaart gebracht waarmee etnisch-culturele minderheden te maken krijgen. Belangrijk bij al deze barrières is het onderkennen van de rol van cultuur. Cultuur maakt zichtbaar een deel uit van een individu en zijn achtergrond en daarbij aansluitend zijn of haar waarden en normen. Een negatie van dit gegeven heeft een opmerkelijke impact op de instroom en aanwezigheid van etnisch-culturele minderheidsgroepen binnen de hulpverlening. Toch kunnen niet alle barrières worden herleid tot cultuur. Bepaalde barrières zijn evenwel toepasselijk op individuen van Vlaamse afkomst, net zoals niet elke barrière een invloed heeft op de volledige etnisch diverse minderheid. Een combinatie van de categoriale en de inclusieve benadering (Piessens et al., 2004) waar zowel cultuur als het individu een plaats krijgt, blijkt in deze studie de meest optimale benadering. Het is dan ook belangrijk deze conclusie uit te dragen naar de praktijk toe.

Deze studie kent ook enkele beperkingen die niet over het hoofd kunnen worden gezien. Allereerst konden in de kwantitatieve resultaten niet alle vormen van drughulpverlening opgenomen worden. Enkel verenigingen met een RIZIV conventie werden opgenomen, waardoor bijvoorbeeld zelfhulpgroepen of bijzondere afdelingen binnen Algemene Ziekenhuizen niet werden opgenomen. Daarbij komt ook het feit dat hier op nationaliteit gefocust werd en niet op etnisch-culturele minderheden, wat voor een gedeeltelijke onderschatting van de groep zorgt (Noens et al., 2011). Ten slotte werd de keuze gemaakt om de interviews te voeren met experten uit het werkveld. Een niet-rechtstreekse bevraging van de doelgroep heeft een uitwerking op de resultaten van dit onderzoek. Zo kunnen resultaten vertekend zijn, doordat reeds een interpretatie van het bevraagde gebeurde door de expert. Bovendien is het minder accuraat dan rechtsreeks de doelgroep bevragen, omdat zij in mindere mate inzicht hebben in de situatie van de ander (Kumar, 1989; Kumar et al., 1993; Marshall et al., 1996).

De bijdrage van dit onderzoek is echter ook voornaam en zowel van theoretische als praktische aard. In de eerste plaats draagt de studie bij aan de kennis over de vertegenwoordiging van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening. Daarbij geeft het ook een aanvulling op de inzichten in de barrières die etnisch-culturele minderheden ervaren bij contact met de drughulpverlening. De focus van deze masterproef kwam te liggen op de verschillende fasen in de drughulpverlening, wat een eerder unieke benadering bleek te zijn. Dit is dan ook de sterkte van deze masterproef. In het bijzonder de focus op de uitstroom uit de drughulpverlening vormt een toegevoegde waarde, daar slechts weinig studies zich hier reeds op richtten. Daaropvolgend heeft deze masterproef ook een praktische meerwaarde, namelijk dat wordt gewezen op barrières in de drughulpverlening naar specifieke minderheden toe, wat op zijn beurt een aanzet kan geven naar hervormingen in de praktijk. Op die manier levert het onderzoek dan ook een bijdrage aan de discussie rond interculturalisering in de drughulpverlening.

Tijdens deze studie werd het duidelijk dat weinig gegevens omhanden zijn om de aanwezigheid van etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening kwantitatief te bestuderen (wat verband houdt met de ‘Wet tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, 1992, art.6, §1). Systematische registratie van deze gegevens zouden nochtans een duidelijk beeld kunnen scheppen op de trends en vertegenwoordiging, of met uitbreiding in- en uitstroom van etnisch-culturele minderheden in de Belgische drughulpverlening. Op die manier kan ook systematisch worden geanalyseerd in welke mate een structurele aanpak effectief een uitwerking heeft naar minderheidsgroepen toe, of omgekeerd, om op tijd te alarmeren wanneer deze groepen minder worden bereikt.

Bovendien is onderzoek waarbij etnisch-culturele minderheden zelf bij betrokken worden onontbeerlijk. Zij kunnen namelijk hun concrete noden en behoeften in beeld brengen vanuit een rechtstreeks standpunt, wat tegemoet komt aan het belangrijkste kritiekpunt op een bevraging via sleutelfiguren. De barrières uit deze analyse (en uit andere studies) kunnen op die manier in de diepte worden uitgewerkt of er kan context worden geboden aan bepaalde barrières. Dit is belangrijk naar vervollediging van de analyse toe, om op die manier de juiste aanbevelingen te kunnen maken naar een structurele aanpak van de problematiek in de praktijk.

Bibliografie

Alegría, M., Page, J. B., Hansen, H., Cauce, A. M., Robles, R., Blanco, C., . . . Berry, P. (2006). Improving drug treatment services for Hispanics: Research gaps and scientific opportunities. *Drug and Alcohol Dependence, 84*, S76-S84.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington: APA.

Antoine, J., Lombaert, G., Van Deun, P., de Vos, M., Aarab, D., Guzman, A., . . . Vandevelde, D. (2015). *De TDI-registratie in de RIZIV revalidatiecentra voor verslaafden: Jaarlijks rapport van het registratiejaar 2014*. Retrieved from Brussel: <https://drugs.wiv-isp.be>

Antoine, J., Raes, V., Lombaert, G., van Deun, P., De Vos, M., Goemanne, D., . . . Versele, D. (2013). *De TDI-registratie in de revalidatiecentra voor verslaafden: Jaarlijks rapport van het registratiejaar 2012*. Retrieved from <https://drugs.wiv-isp.be>

Antoine, J., Raes, V., Lombaert, G., Van Deun, P., De Vos, M., Vangyte, P., . . . Versele, D. (2014). *De TDI-registratie in de RIZIV revalidatiecentra voor verslaafden: Jaarlijks rapport van het registratiejaar 2013*. Retrieved from Brussel: <https://drugs.wiv-isp.be>

Antoine, J., & van Bussel, J. C. H. (2012). *De TDI-registratie in de RIZIV revalidatiecentra voor verslaafden: Jaarlijks rapport van het registratiejaar 2011*. Retrieved from <https://drugs.wiv-isp.be>

Asgary, R., & Segar, N. (2011). Barriers to health care access among refugee asylum seekers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 22*(2), 506-522.

Beyens, K., & Tournel, H. (2010). Mijnwerkers of ontdekkingsreizigers? Het kwalitatieve interview. In D. Zaitch & T. Decorte (Eds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie*. Leuven, Den Haag: Acco.

Blanchard, J., & Lurie, N. J. (2004). R-E-S-P-E-C-T: patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care. *Fam Pract., 53*(9), 721-730.

Burgess, D. J., Ding, Y., Hargreaves, M., van Ryn, M., & Phelan, S. (2008). The association between perceived discrimination and underutilization of needed medical and mental health care in a multi-ethnic community sample. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 19*(3), 894-911.

Casselman, J., & Kinable, H. (Eds.). (2007). *Gebruik van illegale drugs: Multidimensionaal bekeken* (Vol. 2). Heule: UGA.

Castro, F. G., & Alarcón, E. H. (2002). Integrating cultural variables into drug abuse prevention and treatment with racial/ethnic minorities. *Journal of Drug Issues, 32*(3), 783-810.

Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*: Sage publications.

Decorte, T., & Zaitch, D. (Eds.). (2010). *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie*. Leuven, Den Haag: Acco.

Derluyn, I., Vanderplasschen, W., Alexandre, S., Stoffels, I., Scheirs, V., Vindevogel, S., . . . Cartuyvels, Y. (2008). Etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg- les minorités ethnico-culturelles et la traitement des problemes de drogues.

Dom, G., & Vanspringel, W. (2008). Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen en Centra Geestelijke Gezondheidszorg. In J. Casselman & H. Kinable (Eds.), *Het gebruik van illegale drugs: multidimensioaal bekeken*. Heule: UGA.

El Osri, M., Haüser, E., Stevens, P., Swinnen, C., & Berdaï, S. (2011). *Antwerpse drughulpverlening: een optie voor de ECM-druggebruiker* Retrieved from Borgerhout:

Escobar, J. I., & Vega, W. A. (2006). Cultural issues and psychiatric diagnosis: providing a general background for considering substance use diagnoses. *Addiction, 101*(s1), 40-47.

Finn, P. (1996). Cultural responsiveness of drug user treatment programs: Approaches to improvement. *Substance use & misuse, 31*(4), 493-518.

FOD Economie - Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie. (2013). Demografie: Buitenlandse (of vreemde) bevolking volgens Gewest. Retrieved from <http://aps.vlaanderen.be/>

Geirnaert, M., & Lambrechts, M.-C. (2004). *Alcohol- en druggebruik: preventie en hulpverlening*. Mechelen: Kuwer.

Geldof, D. (2011a). New challenges for urban social work and urban social work research: Nieuwe uitdagingen voor stedelijk sociaal werk en stedelijk sociaal werk onderzoek. *European Journal of Social Work, 14*(1), 27-39.

Geldof, D. (2011b). Nood aan interculturalisering: Steden verkleuren sneller dan sociaal werk. *Alert, 37*(2), 8-18.

GGZ Groep. (2010). Cultuurverschillen. Retrieved from <http://www.depressie.nl>

Gielen, G. (2003). *Intercuturele hulpverlening*. Mechelen: Kluwer.

Gonzàlez Castro, F., & Garfinkle, J. (2003). Critical issues in the development of culturally relevant substance abuse treatments for specific minority groups. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 27*(8), 1381-1388.

Guerrero, E., Fenwick, K., Kong, Y., Grella, C., & Aunno, D. (2015). Paths to improving engagement among racial and ethnic minorities in addiction health services. *Substance Abuse Treatment, 10*(40).

Guerrero, E. G., Marsh, J. C., Duan, L., Oh, C., Perron, B., & Lee, B. (2013). Disparities in Completion of Substance Abuse Treatment between and within Racial and Ethnic Groups. *Health Services Research, 48*(4), 1450-1467. doi:10.1111/1475-6773.12031

Hausmann, L. R., Jeong, K., Bost, J. E., & Ibrahim, S. A. (2008). Perceived discrimination in health care and use of preventive health services. *Journal of general internal medicine, 23*(10), 1679-1684.

Hijmans, E., & Kuyper, M. (2007). Het halfopen interview als onderzoeksmethode In P. L. B. J. Lucassen & T. C. o. Hartman (Eds.), *Kwalitatief onderzoek: Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghun.

Hilderink, I., van‘t Land, H., & Smits, C. (2009). *Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten. Zicht op de onderliggende factoren en aanbevelingen om drop-out te verminderen*. Retrieved from Utrecht:

Hoberman, H. M. (1992). Ethnic minority status and adolescent mental health services utilization. *The Journal of Mental Health Administration, 19*(3), 246-267.

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational researcher, 33*(7), 14-26.

Kerssemakers, R., van Meersten, R., Noorlander, E., & Vervaeke, H. (2008). *Drugs en alcohol: Gebruik, misbruik en verslaving*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Keymeulen, R. (2008). Hulpverlening voor gebruikers van illegale drugs in dagcentra. In J. Casselman & H. Kinable (Eds.), *Gebruik van illegale drugs: multidimensionaal bekeken*. Heule: UGA.

Kiecolt, J., & Nathan, L. (1985). *Secondary analysis of survey data*. Beverly Hills (Cal.): Thousand Oaks: Sage.

Kumar, K. (1989). Conducting key informant interviews in developing countries. Washington DC: Agency for International Development

Kumar, N., Stern, L. W., & Anderson, J. C. (1993). Conducting interorganizational research using key informants. *Academy of management journal, 36*(6), 1633-1651.

Masson, C. L., Shopshire, M. S., Sen, S., Hoffman, K., Hengl, N., Bartolome, & J.Iguchi, M. (2013). Possible Barriers to Enrollment in Substance Abuse Treatment among a Diverse Sample of Asian Americans and Pacific Islanders: Opinions of Treatment Clients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 44*(3), 309-315.

Marshall, M. N. (1996). The key informant technique. Family practice, 13(1), 92-97.

Noens, L., Soyez, V., & Thienpont, J. (2010). Bereiken, ondersteunen en begeleiden van familieleden van allochtone drugsgebruikers. *Verslaving, 6*(4), 72-83.

Pauwels, L. (2013). *Kwantitatieve criminologie: basishandboek kwantitatieve methode van criminologie*. Gent: Academia Press.

Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. Psychological bulletin, 135(4), 531.

Piessens, A., Sinnaeve, I., & Suijs, S. (2004). Interculturalisering van het (algemeen) welzijnswerk: Het paard van Troje? *Welzijnsgids, 55*.

Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., & Seay, K. D. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 61*, 47-59.

Raes, V. (2013). Bedoeling van de Treatment Demand Indicator (TDI). Retrieved from <http://www.desleutel.be>

Reid, G., Crofts, N., & Beyer, L. (2001). Drug Treatment Services for Ethnic Communities in Victoria, Australia: an examination of cultural and institutional barriers. *Ethnicity and Health, 6*(1), 13-26.

Room, R., Janca, A., Bennett, L. A., Schmidt, L., & Sartorius, N. (1996). WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorders: an overview of methods and selected results. *Addiction, 91*(2), 199-220.

Saloner, B., & Le Cook, B. (2013). Blacks And Hispanics Are Less Likely Than Whites To Complete Addiction Treatment, Largely Due To Socioeconomic Factors. *Health Affairs, 32*(1), 135-145.

Sannen, L. (2003). *Drempels naar welzijnsvoorzieningen: de cliënt aan het woord. Literatuurstudie en diepte-interviews bij kansarmen en etnisch-culturele minderheden*: HIVA.

Scheppers, E., Van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family practice, 23*(3), 325-348.

Statistics Belgium. (2011). In België wonen niet alleen Belgen. Retrieved from <http://statbel.fgov.be/>

Sussman, S., & Ames, S. (2008). *Drug Abuse: concepts, prevention and cessation*. New York, Camebridge: Camebridge University Press.

Tjaden, B. R. (2004). *De invloed van etniciteit, waarden en normen en behandelvisie op de klinische behandeling van verslaafden.* (PhD), UvA.

VAD. (2015). Wegwijs in de drughulpverlening.

Van Bouchaute, J. (2008). De medisch-sociale opvangcentra. In J. Casselman & H. Kinable (Eds.), *Het gebruik van illegale drugs: multidimensionaal bekeken*. Heule UGA.

Van De Putte, M., & Clement, J. (2003). Het Europees Kaderverdrag tot bescherming van nationale minderheden en de etnisch-culturele minderheden in België. *Tijdschrift voor Vreemdelingenrecht*(2).

Van Deun, P. (2008). De hiërarchisch gestructureerde drugvrije gemeenschappen. In J. Casselman & H. Kinable (Eds.), *Gebruik van illegale drugs: multidimensionaal bekeken*. Heule: UGA.

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Lievens, K., & Broekaert, E. (2003). De Oost-Vlaamse drughulpverlening in cijfers: kenmerken, zorggebruik en uitstroom van personen in behandeling. *Orthopedagogische Reeks Gent*(15).

Vanderplasschen, W., & Lievens, K. (2007). Uitbouw van de zorgcircuits en netwerkvorming in de verslavingszorg. In J. Casselman & H. Kinable (Eds.), *Het gebruik van illegale drugs: multidimentionaal bekeken*. Heule: UGA.

Vanderplasschen, W., Mostien, B., Claeys, P., Raes, V., & Van Bouchaute, J. (2001). *Conceptnota organisatiemodel zorgcircuit middelenmisbruik*: RUG.

Vandevelde, S., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2003). Cultural responsiveness in substance‐abuse treatment: a qualitative study using professionals’ and clients’ perspectives. *International Journal of Social Welfare, 12*(3), 221-228.

Verdurmen, J. E., Smit, F., Toet, J., Van Driel, H. F., & Van Ameijden, E. J. (2004). Under-utilisation of addiction treatment services by heroin users from ethnic minorities: results from a cohort study over four years. *Addiction Research & Theory, 12*(3), 285-298.

Verschuere, B. (2014). *Welzijn in Vlaanderen. Beleid, bestuurlijke organisatie en uitdagingen*: Die Keure/ La Charte.

Verstraete, G. (1999). Towards the interculturalisation of welfare work: Gent: University of Gent, Steunpunt Intercultureel Onderwijs.

Wells, K., Klap, R., Koike, A., & Sherbourne, C. (2001). Ethnic disparities in unmet need for alcoholism, drug abuse, and mental health care. *American Journal of Psychiatry*.

Wester, F. (1987). *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg: Coutinho.

WHO. Health Topics, Substance Abuse. Retrieved from [www.who.int/topics/substance\_abuse/](http://www.who.int/topics/substance_abuse/)

Bijlagen

## Bijlage 1: Topiclijst

## Bijlage 2: Experteninterviews

## Bijlage 3: Infobrochure interviews

## Bijlage 4: Informed consent

## Bijlage 5: Boomstructuur kwalitatieve interviews

## Bijlage 6: Visualisatie onderzoeksmodel

## Bijlage 7: Structuur onderzoeksvragen

## **Bijlage 1. Topiclijst**



# Semi-gestructureerd interview

## Vragenlijst: Barrières

Voorziening: ………………………………………………………………………………

Naam: …………………………………………………………………………………….....

Datum: ……………………………………………………………………………………….

De onderstaande vragen worden niet noodzakelijk in deze volgorde gesteld, maar hangen af van de manier waarop het gesprek verloopt.

### Inleiding

* Brochure overlopen: doel van het onderzoek, methodologie, anonimiteit respondenten …
* Informed consent uitleggen en laten ondertekenen.
* Informeren over de geschatte duur van het interview en uitleg over de reden waarom het gesprek wordt opgenomen.

### Interview

#### Openingsvraag

* ECM is een term die voor een heel heterogene groep mensen wordt gebruikt. Wat verstaat u onder de term? Vooral dan op basis van de doelgroep die u binnen uw voorziening ziet?
* Worden bepaalde groepen makkelijker bereikt dan andere? Hoe komt dat?

#### Instroom

* Wat bemoeilijkt toegankelijkheid?
* Welke redenen zijn er om niet toe te stromen voor deze doelgroep? Waaraan vallen die drempels te wijten?
* Op welke manier worden aan deze drempels tegemoet gekomen?
* Wat is uw ervaring met projecten die werden opgezet om de toegankelijkheid te vergroten?

#### Behandeling

* Hoe wordt de drughulpverlening en de behandeling zelf ervaren eenmaal ze zijn toegestroomd? Zijn er specifieke drempels die naar voor komen?
* Welke rol speelt cultuur binnen de drughulpverlening? Wat is het belang van culturele achtergrond van een cliënt?
* Welke rol kan een interculturele bemiddelaar (of sleutelfiguur) spelen? Heeft uw voorziening daar ervaring mee?

#### Uitstroom

* Hoe verloopt de uitstroom uit een voorziening?
* Wat kan die uitval beïnvloeden? Welke factoren spelen daar bij mee als het gaat om etnisch-culturele minderheden? Is hier sprake van extra moeilijkheden?

## **Bijlage 2: Experteninterviews**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Voorziening | Datum | Duur |
| 1 | Ambulant centrum | 8/03/2016 | 40:58 |
| 2 | MSOC | 9/03/2016 | 50:35 |
| 3 | MSOC | 9/03/2016 | 34:16 |
| 4 | Ambulant centrum | 14/03/2016 | 52:30 |
| 5 | Residentieel centrum | 11/04/2016 | 14:07 |
| 6 | Zelfzorg | 22/04/2016 | 01:15:05 |
| 7 | Beleid | 25/04/2016 | 01:28:03 |
| 8 | Centrum Geestelijke Gezondheidszorg | 9/05/2016 | 47:36 |

## **Op de volgende pagina bevindt zich bijlage 3: Infobrochure Interviews**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Contact  Indien u nog vragen of opmerkingen hebt, kunt  u mij altijd bereiken via onderstaande gegevens:  Eva Blomme  Sint-Niklaasstraat 11, 8900 Ieper  Eedverbondkaai 141, 9000 Gent (kotadres)  [Eva.Blomme@UGent.be](mailto:Eva.Blomme@UGent.be)  +32 479 97 76 35 | |  | |  | |  | |  |  | | |  | | --- | |  | |  | | |  | | |  | | --- | | **Masterproef**  Etnisch-culturele minderheden in de drughulpverlening: een analyse van de barrières binnen de drughulpverlening in het Oost-Vlaamse zorgcircuit | |  | |  | |  | |  | | |
| |  | | --- | |  | | Inleiding  De huidige samenleving wordt meer divers en ook de etnische diversiteit groeit steeds verder aan. Dit brengt nieuwe uitdagingen mee voor de drughulpverlening. De taal, culturele achtergrond, gewoonten, waarden en normen van etnisch-culturele minderheidsgroepen kunnen aspecten zijn die meespelen in hun behandeltraject. Dit kan bepaalde barrières opwerpen wanneer deze groepen hun weg zoeken naar de hulpverlening of tijdens een behandeling in een voorziening. Het zijn net die hinderpalen waar de interesse van deze masterproef naar uit gaat: met welke barrières worden etnisch-culturele minderheden geconfronteerd, wat is de rol daarvan, zijn deze barrières gelinkt aan een fase in de hulpverlening of een type van hulpverlening? | | | | |  | | --- | |  | | Doel van het onderzoek  Het onderzoek streeft naar **inzicht** in de barrières die etnisch-culturele minderheden ervaren bij hun contact met de drughulpverlening. Door een **analyse** te maken van de **specifieke barrières** die zij ervaren tijdens verschillende fasen van de traject (instroom, behandeling en uitstroom), zullen deze in kaart worden gebracht en geordend worden.  Kwalitatieve interviews  De doelstelling zal worden verwezenlijkt aan de hand van kwalitatieve interviews. Om een grondig en diepgaand beeld te schetsen van de ervaren barrières worden verschillende experten bevraagd naar hun praktijkkennis omtrent de problematiek. Door middel van een open gesprek kan hun ervaring het best in kaart worden gebracht. | | |  | | Hierbij wordt gewerkt aan de hand van een soort topiclijst, waarbij vragen of onderwerpen die zeker aan bod moeten komen worden opgelijst. Deze biedt een ruwe houvast, maar laat ruimte om ook de expert te volgen.  Wat is uw bijdrage?  Het grootste deel van het onderzoek steunt op de interviews die van u en andere experten worden afgenomen. Deze worden allereerst geordend en gestructureerd, waarna ze aan een grondige analyse zullen worden onderworpen. Op basis daarvan en in combinatie met wat in de literatuur werd gevonden zullen uitspraken worden gevormd over mogelijke barrières binnen de drughulpverlening.  Anonimiteit  Uw deelname aan het onderzoek is volledig vrijwillig. U kan dan ook op ieder moment vragen het interview stop te zetten. De data die aan de hand van de interviews worden verzameld, zullen voldoende worden geanonimiseerd, zodat herkenning niet meer mogelijk is. Dit uit respect voor uw privacy. | |

## **Bijlage 4: informed consent**



**Informed Consent**

Ik ondergetekende, .........................................................................., verklaar hierbij dat ik, als participant aan een onderzoek van de Universiteit Gent:

(1) de informatiebrief heb gelezen. Die geeft uitleg over de aard van de vragen, taken, opdrachten en stimuli die tijdens het onderzoek zullen worden aangeboden. Op elk ogenblik wordt me de mogelijkheid geboden om bijkomende informatie te verkrijgen.

(2) totaal vrijwillig deelneem aan het onderzoek.

(4) de toestemming geef aan de onderzoeker om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren.

(5) op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten.

(6) ervan op de hoogte ben dat ik een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen.

Gelezen en goedgekeurd te .............................(plaats) op ............. (datum)

Handtekening van participant: ……………………………………

## **Bijlage 5: Boomstructuur kwalitatieve interviews**

Term etnisch-culturele minderheden

Verwarring

Socio-economische uitsluiting

Nationaliteit

Culturele aspect

Waarden en normensysteem

Heterogene groep

Interne diversiteit

Focus op individu (hulp op maat)

Barrières instroom

Medische kijk

Discriminatie

Door instituties

In dagelijkse leven

Wantrouwen

Onwetendheid

Discriminatie

Socio-economische context

Belang van motivatie

Justitiële context

Cultuur

Gemeenschapsgegevens

Gebruikerstaboe

Verschillen in druggebruik

Barrières behandeling

Betrekken familie

Taal

Communicatie

Tolk

School

Re-integratie

Cultuur

Mate van acculturatie

Traditionele man-vrouw opvatting

Gebrek aan cultuursensitiviteit

Barrières uitstroom

Re-integratie

Discriminatie (werk en woonst)

Socio-politieke context

Best practices

Sleutelfiguren

Cultuursensititviteit

Outreach

## **Bijlage 6: Visualisatie onderzoeksmodel**

(Achtergrond van problematiek, afbakening concepten), welke drempels, gevolgen van die drempels

Analyse wetenschappelijke literatuur

* Etnisch-culturele minderheden
* Drughulpverlening
* Drugmisbruik
* Interculturalisering
* Moeilijkheden bij instroom drughulpverlening
* Moeilijkheden tijdens behandeling
* Moeilijkheden bij uitstroom na behandeling
* Verschillen in behandeling

Inzicht in drempels in drug-hulpverlening op verschillende niveaus voor etnische minderheids-groepen

Kwalitatieve bevraging van experts in het veld (Drughulpverlening op verschillende niveaus)

Analyse wetgeving

Cijfergegevens drughulpverleningscentra op verschillende niveaus

Kwantitatieve analyse van gegevens centra op verschillende niveaus van de drughulpverlening in verband met aanwezigheid van etnische minderheidsgroepen in de verschillende fases

## **Bijlage 7: Onderzoeksvragen schematisch uitgewerkt**