

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT



JAARVERSLAG 2009

CASO Centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie Brussel



INHOUD

DANKWOORD	3
DOKTERS VAN DE WERELD	4
VOORWOORD	5
HET CASO IN CIJFERS	6
WERKING VAN HET CASO	7
TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG VOOR IEDEREEN. WAAROM?	10
WETTELIJK KADER	14
DE PRAKTIJK	16
MEDISCH TOERISME?	18
HET BELANG VAN EEN MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK	19
EEN DRUK JAAR 2009	23
BELEIDSAANBEVELINGEN	28
HOE KAN IK DOKTERS VAN DE WERELD STEUNEN?	30
ONS HANDVEST	32

DANKWOORD

De dagelijkse werking van het CASO zou gewoon onmogelijk zijn zonder de kostbare hulp van...

→ Onze vrijwilligers

Claire Jaspers, Claudine Verly, Aude Delmas, Anifa Katangaza, Francis Perrichon, Stéphane Marius, Annik Grevesse, Ana Saraiva, Eliane Kestens, Eric Schillings, Herbert Dechaine, Mejeanne Van Herreweghe, Elise Delens, Rajae Serrokh, Cécile Foucart, Chloé Nadeau, Antonia de la Fuente Diaz, Rosario Pelaez, Véronique Lhoist, Dr. Sarah Hermans, Dr. Irène Ottenhof, Dr. David Van Osta, Dr. Christiane Tennstedt, Dr. Christophe Barbut, Dr. Françoise Tennstedt, Dr. Harry De Wilde, Dr. Jacques Scarcez, Dr. Jean-Christophe Berton, Dr. Marie-Antoinette Millet, Dr. Mireille Leyens, Dr. Michel Verras, Dr. Isabelle Crabbé, Dr. Guy Capelle, Dr. Mima De Flores, Dr. Jan Ampe, Dr. Eric De Groote, Nicole Van Oosterrwijck, Caroline Meert, Dr. Jacqueline Foidart, Dr. Michèle Szyper, Abdullah Duzenlioglu.

Van harte dank aan Quentin Lechantre en Elise Delens voor hun inzet tijdens hun stage. Bijzondere dank ook aan Irma Bellis-Scheer en het hele team van specialisten, aan Marc Bellis, Pierre Verbeeren, Philippe Deltour, Erik Struys en Dr. Michel Degueldre.

→ Onze partners

Apothekers Zonder Grenzen, Clinilabo, Athena Wachtdienst, de OCMW's van de Brusselse regio, de wijkgezondheidscentra van de regio Brussel en de Federatie van Wijkgezondheidscentra, ONE, Kind & Gezin, Vluchtelingenwerk Vlaanderen, CIRÉ, SIREAS, Fedasil, Vlaams Minderheden Centrum, Alias, Medimmigrant, Ulysse, Exil, D'Ici et d'ailleurs, Méridien, SESO, SMES-B, Rivage-Den Zaet, Anaïs, la Gerbe, BIPE, de SAMU Social, Straatverplegers en alle diensten en zorgverleners die onze patiënten hebben willen ontvangen!

→ Onze donateurs

M. Roland Gillot voor de NIF Trust [54%],
Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) [18%],
De Nationale Loterij [14%],
POD Maatschappelijke Integratie [7%],
Het Impulsfonds voor het Migrantenbeleid (FIPI) via de Brusselse Regio [7%]

Bijzondere dank aan Zahra El Kohli, Johnny Kwami Amemavor, Claire Jaspers, Chantal Van Oudenhove en Cédric Pétiau.

Hartelijk dank vanwege Sophie Bleus, Marcia Alexandre Fradão, Amy To, Guerline Nizet, Sophie Damien, Natacha Dewitte, Dr. Pierre Ryckmans, Frank Vanbiervliet en het hele team van Dokters van de Wereld.

Foto op de voorpagina: © Viviane Joakim

Foto's zonder copyright vermelding maken deel uit van het archief van Dokters van de Wereld.

Persfoto's zijn ter beschikking op de dienst communicatie - 02 648 69 99 of

info@doktersvandewereld.be

DOKTERS VAN DE WERELD

Dokters van de Wereld is een internationale medische ontwikkelingsorganisatie die steunt op de inzet van haar leden (professionele vrijwilligers, zowel van binnen als buiten de medische sector). Wij verlenen hulp aan de meest kwetsbare bevolkingsgroepen door het bevorderen van de toegang tot gezondheidszorg, overal ter wereld en dus ook in België.

© Frédéric Pauwels/Luna

→ VERZORGEN

Onze belangrijkste missie is het verlenen van medische hulp. Elke dag verzorgen onze vrijwilligers hulpbehoevende mensen: slachtoffers van natuurrampen, ziektes en gewapende conflicten, vluchtelingen, minderheden, straatkinderen en al wie verstoken blijft van gezondheidszorg.



→ GETUIGEN

Om onze inspanningen duurzaam te maken, gaat onze missie echter verder dan het verzorgen alleen. Op basis van onze medische ervaring op het terrein getuigen wij op een volledig onafhankelijke manier van elke schending van het recht op gezondheidszorg, van de schending van de mensenrechten in het algemeen en van elke aantasting van de menselijke waardigheid. Onze vereniging gaat de dialoog aan met de politieke verantwoordelijken om de situatie van de meest kwetsbare bevolkingsgroepen te verbeteren. Naast het verlenen van zorg, willen we gezondheidszorgsystemen duurzaam verbeteren opdat niemand van zorg uitgesloten zou worden.



Dokters van de Wereld bestrijdt onrecht in al zijn vormen. Overal ter wereld.

Meer informatie vind je op www.doktersvandewereld.be
Op de pagina 32 van dit verslag vind je ons Handvest van Waarden.

VOORWOORD

Een terugblik op 2009 doet ons beseffen hoe moeilijk dit jaar voor de meest uitgesloten en kwetsbare bevolkingsgroepen was. Hoewel de economische crisis al vorig jaar begon, waren de gevolgen ervan pas echt voelbaar in 2009. Het regende herstructureringen en sluitingen van bedrijven. En maar al te vaak is het gezinsbudget voor gezondheidszorg een eerste slachtoffer van armoede...

Vanaf januari werden we al meteen geconfronteerd met wanhopige mensen zonder verblijfspapieren, die door hongerstaking een regularisatie van hun situatie probeerden te bekomen. Daarbij kwam de blijvende opvangcrisis: duizenden aan hun lot overgelaten asielzoekers, ondanks de wettelijke verplichting naar de overheid om mensen die hun land ontvluchten omdat hun leven er bedreigd wordt, een materiële opvang en begeleiding te bieden. Tot slot was er de lange en koude winter, een lijdensweg voor de daklozen.

Ook in 2010 zullen er geen plotse mirakeloplossingen uit te lucht vallen. Toch zijn deze schrijnende situaties niet onvermijdelijk. De oorzaak ervan ligt immers niet bij een gebrek aan middelen of menswaardige oplossingen, maar bij gebrek aan goede wil om degelijke oplossingen in praktijk te zetten. Het recht op toegang tot medische zorgen is nochtans universeel, om het even welk statuut een mens heeft: of die nu op straat leeft of zijn land heeft moeten ontvluchten, of het om een vrouw of een man gaat, een persoon zonder verblijfspapieren of een welstellende burger.

In de loop van 2009 heeft de ploeg van het CASO heel wat moeilijkheden kunnen overwinnen en via verschillende terreinacties heftig strijd gevoerd om respect voor patiëntenrechten af te dwingen. Ik ben hen daar ontzettend dankbaar voor. Die inspanningen zijn trouwens ook niet voorbijgegaan aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), die het CASO voor 3 jaar erkend heeft als pilootproject. Deze erkenning betekent in de eerste plaats de erkenning van een fundamenteel probleem: ondanks een bijna perfecte wetgeving in theorie, heeft niet iedereen in ons land toegang tot zorg...

Toch is er weinig reden tot vreugde, als men bedenkt hoeveel nieuwe patiënten week na week komen aankloppen met een ernstig medisch of psychologisch probleem. De grootste uitdaging van het CASO in 2010 zal dan ook zijn om meer acties te ondernemen om duurzame oplossingen qua toegang tot zorg af te dwingen, zonder daarbij de vele patiënten in de steek te laten die een beroep doen op het centrum.

Om deze uitdaging aan te kunnen, reken ik op de vastberaden inzet en het bewezen professionalisme van het hele team. Ik wil hen aanmoedigen om te getuigen over het onrecht en de ellende waarmee ze dagelijks geconfronteerd worden en om actief deel te nemen aan onze reflectie. Aan onze partners vraag ik een blijvend vertrouwen om samen tot constructieve en duurzame oplossingen te komen die een toegang tot zorg voor iedereen garanderen. Want we kunnen niet aanvaarden dat er mensen zijn die uitgesloten worden en die de wereld beetje bij beetje vergeet...

Frank Vanbiervliet
Verantwoordelijke voor de Belgische projecten

HET CASO IN CIJFERS

192 personen in
ernstige psychische nood

2787 sociale
consultaties

2231

medische consultaties

Meer dan 1 patiënt op 2

heeft dringend medicatie nodig, maar heeft geen toegang tot medische zorgen

36

vrijwilligers, van wie 17 artsen

73%

van de patiënten vertoont tekenen van stress: te hoge bloeddruk, gastro-intestinale problemen, onverklaarbare pijn tot uitgesproken psychologische problemen tot zelfs post-traumatische stressyndromen (PTSD).

DOEL EN WERKING VAN HET CASO

Een CASO (of in het Nederlands 'COZO') is een Centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie. Er bestaan 22 dergelijke centra in Frankrijk, waar Dokters van de Wereld deze formule 25 jaar geleden ontwikkelde. Vandaag zijn er twee centra in België: een in Brussel en een in Antwerpen.

Het CASO is een laagdrempelig centrum dat openstaat voor iedereen die problemen ondervindt bij de toegang tot gezondheidszorg. Gelijk wie kan zich zonder afspraak aanmelden op de vrije consultatie, of het nu gaat om Belgen in precare omstandigheden, Europeanen zonder effectieve ziekteverzekering, een familie die asiel aanvraagt of mensen zonder geldige verblijfspapieren.



© Viviane Joakim

De eerste stap bij een consultatie is een gesprek met een maatschappelijk werker die samen met de patiënt diens vraag, verblijfsstatuut en juridische toegangsmogelijkheden tot zorg analyseert. Soms volstaat een eenvoudige doorverwijzing, maar vaak (in 82% van de gevallen in 2009) kan er geen onmiddellijke toegang tot zorg bekomen worden.

Toch is het medische of psychologische probleem waarvoor men langs komt meestal wel dringend. Daarom worden gratis medische en psychologische consultaties aangeboden in afwachting van een effectieve toegang tot medische zorgen in het klassieke gezondheidssysteem. De complexe problemen waarmee de ploeg vaak geconfronteerd wordt, vragen een multidisciplinaire aanpak met wekelijks en zelfs dagelijks overleg na elke consultatie.

“Ik zorg voor het onthaal van de patiënten vooraleer ze door de vrijwillige dokters of maatschappelijk werkers gezien worden. Het is een sleutelpositie waarbij men de mensen op hun gemak kan stellen. Mijn ervaring in het CASO heeft me geleerd om bepaalde zaken te relativiseren. Wanneer bijvoorbeeld mensen zich opwinden tegen een buschauffeur omdat hij vastzit in het verkeer, dan weet ik wel beter... Het CASO is voor sommige mensen hun laatste sprankeltje hoop. Zoals voor deze mevrouw die al negen maanden zwanger was, maar geen enkele opvolging kreeg. Ik vergeet nooit meer haar gezicht.”

Eric, gepensioneerd onderwijzer en vrijwilliger voor het onthaal in het CASO



© Viviane Joakim

Het doel van het centrum is niet om de klassieke zorgstructuren te vervangen, wel integendeel. We informeren de patiënten over hun rechten en plichten en helpen hen om in de toekomst zelfstandig hun rechten te laten gelden. Zodra mogelijk verwijzen we de patiënt door naar de meest aangepaste gezondheidsstructuur (vaak de huisarts). Zo nodig worden tolken ingeschakeld om de patiënten de nodige begeleiding te kunnen geven. Op deze manier worden diensten als het OCMW of de medische cel van Fedasil, maar vooral de medische urgentiediensten ontlast van inadequate hulpvragen – wat de gemeenschap uiteraard een flink pak geld uitspaart.

Zes keer op tien hebben patiënten ook dringend medicatie nodig. Die neemt de patiënt idealiter zelf ten laste (8,9% in 2009). Zo nodig biedt Dokters van de Wereld zelf de extreem dringende medicatie aan: via een gift van onze partner Apothekers zonder Grenzen (25,5%) of via een tenlasteneming door Dokters van de Wereld zelf. Slechts in 3,7% van de gevallen blijkt er een onmiddellijke alternatieve toegang tot medicatie te zijn (via het OCMW, Fedasil of de mutualiteit).

Het CASO wil ook een barometer zijn om de lokale, regionale en federale overheden te informeren over de nieuwe categorieën van bevolkingsgroepen die uitgesloten zijn van gezondheidszorg en over nieuwe problemen betreffende volksgezondheid. Naast het onthaal, de zorg en de oriëntatie van onze patiënten willen we samen met andere lokale, regionale en federale actoren op zoek gaan naar duurzame oplossingen om uitsluiting van gezondheidszorg op lange termijn definitief te laten verdwijnen. De huidige barrières tot gezondheidszorg opheffen, dat is het uiteindelijke doel van het CASO.

Het CASO functioneert vooral dankzij de inzet van professionele vrijwilligers: onthaalverantwoordelijken, huisartsen, specialisten die consultatie houden in de polikliniek Baron Lambert te Etterbeek, psychologen en medewerkers voor logistieke en administratieve taken alsook voor het beheer van het project.

Er is ook een kern van vast aangeworven collega's:

- drie maatschappelijk werkers (1 voltijds, 2 halftijds)
- een medisch verantwoordelijke (een huisarts voor 3/5 tijd)
- een verantwoordelijke geestelijke gezondheidszorg (een psychologe voor 3/5 tijd)
- een verantwoordelijke voor het onthaal (artikel 60 via het OCMW)
- twee coördinatoren (beiden halftijds)
- een verantwoordelijke voor de Belgische projecten (voor 1/3 tijd in het CASO)

“Waarom doe ik vrijwilligerswerk voor Dokters van de Wereld? Ik laat me steeds leiden door mijn idealen. Solidariteit, duurzaamheid, rechtvaardigheid... dat zijn waarden die ik hoog in het vaandel hou. Ik ben gevoelig voor de Ander, dat is ook waarom ik psychologe ben geworden”.

Antonia, vrijwillige psychologe



Over het algemeen zijn ziektebeelden die men op de raadplegingen van het CASO ziet dezelfde als deze in een huisartsenpraktijk.

*Toch heeft heel wat pathologie er te maken met **stress**:*

- arteriële hypertensie (111)
- pijn in de maagstreek en maagzweren (130)
- rugpijn (101)
- angst, depressie (138)

*Bovendien constateren we heel wat **chronische ziekten** die niet opgevolgd worden (bijvoorbeeld: 57 gevallen van diabetes) alsook heel wat ernstige tandheelkundige problemen (119 gevallen van cariës of van abcessen).*

TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG VOOR IEDEREEN. WAAROM?

Dokters van de Wereld is geen politieke organisatie. Toch nemen we een duidelijk politiek standpunt in betreffende gezondheidszorg. Volgens ons hoort iedereen toegang tot basisgezondheidszorg te hebben, ook mensen zonder verblijfsvergunning. Waarom zijn we daar zo van overtuigd?



© Viviane Joakim

→ TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG IS EEN FUNDAMENTEEL MENSENRECHT

Of men er nu de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens op naslaat, het Internationaal Verdrag betreffende de Rechten van het Kind van de Verenigde Naties, het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, de Europese Directieve betreffende het onthaal van kandidaat-vluchtelingen of de Belgische wetgeving, alle rechtsbronnen zijn het er roerend over eens: iedereen heeft recht op zorg. Nochtans wordt dat recht in de praktijk niet altijd toegepast. Het Europees Observatorium van Dokters van de Wereld stelde vast dat – ondanks het gegeven dat 98% van alle asielzoekers en mensen zonder papieren in België juridisch toegang tot zorg heeft – slechts 10% effectief van dit recht geniet.

→ BETERE TOEGANG TOT ZORG LEIDT TOT EEN BETERE VOLKSGEZONDHEID

Mensen die in precare omstandigheden leven zijn om allerlei redenen meer vatbaar voor ziektes. Indien deze geen medicatie en/of behandeling kunnen veroorloven voor relatief onschuldige kwaaltjes zoals griep of scabiës (schurfft), maar ook voor ernstigere aandoeningen als tuberculose, hepatitis of AIDS, schuilt hierin logischerwijs een ernstig gevaar voor de volksgezondheid. Zo vroeg mogelijk kunnen ingrijpen via een zo toegankelijk mogelijke gezondheidszorg, dat is de boodschap van Dokters van de Wereld.

Mr. B is een Burundese student van 45 jaar die sinds april 2009 in ons land een opleiding volgt van de Belgische Technische Coöperatie (BTC). Hij heeft diabetes en is ook in behandeling voor tuberculose. In mei komt hij bij het CASO aankloppen, omdat de labo testen van zijn bloedname ontregeld zijn. Onderzoek wijst uit dat de tuberculosebehandeling de oorzaak is van het probleem.

Om een onbekende reden erkent het ziekenhuis de tussenkomst van de ziekteverzekering van de BTC niet, en weigert dus de patiënt te onderzoeken. Het OCMW weigert logischerwijze om dringende medische hulp te verlenen, want de patiënt verblijft hier met een visum.

Normaal gezien had men de tuberculosebehandeling onder medisch toezicht moeten wijzigen en zich vergewissen van een verbetering van de resultaten wat betreft de leverfunctie. Zo had men de oorzaak van de problemen duidelijk kunnen identificeren en de nieuwe behandeling kunnen verder zetten. In plaats daarvan onderbreekt Mr. B zijn huidige behandeling (in juni) en vraagt vruchteloos zich te laten hospitaliseren. Het duurt nog een maand en vele contactnames van onze kant om zeker te zijn dat de BTC de kosten dekt en het ziekenhuis dit ook aanvaardt, alvorens de patiënt eindelijk kan opgenomen en behandeld worden. Ondertussen was Mr. B terug besmettelijk, wat een gevaar voor de volksgezondheid inhield.

Tuberculose is een zeldzame maar besmettelijke ziekte die een zware en lange behandeling vergt (minstens 6 maanden). Een behandeling die slecht opgevolgd of onderbroken wordt, kan leiden tot resistentie van de bacillen tegen bepaalde geneesmiddelen. Resistentie is een ernstig probleem in de strijd tegen tuberculose. Een tuberculose patiënt zou dus steeds stipt opgevolgd moeten worden, zowel in zijn eigen belang als dat van zijn directe omgeving.

→ BETERE EERSTELIJNSZORG LEIDT TOT MINDER MORBIDITEIT EN MORTALITEIT EN DUS OOK TOT MINDER KOSTEN VOOR DE GEMEENSCHAP

Vergeleken met de totale kosten voor de ziekteverzekering, vertegenwoordigt de dringende medische hulp aan mensen zonder papieren slechts 0,20% van de totale kost van de Belgische gezondheidszorg. Toch is het mogelijk om deze kosten nog verder te drukken. Uiteenlopend onderzoek van over de hele wereld toont immers aan dat betere eerstelijnszorg tot minder complicaties en sterfte leidt en dus ook tot een gemiddelde daling van de gezondheidskosten.



© Viviane Joakim

Een voorbeeld: de toegang tot prenatale begeleiding weigeren aan zwangere vrouwen die noch de middelen hebben om zelf de kosten te dragen, noch kunnen terugkeren naar hun land van oorsprong, leidt automatisch tot een hoger risico op morbiditeit en perinatale kindersterfte. Zo melden heel wat zwangere vrouwen zonder wettig verblijf zich pas vlak voor de bevalling of bij ernstige klachten aan op de spoedgevallendienst, met alle negatieve gevolgen van dien voor de gezondheid van de betrokkenen en de financiële gevolgen voor de gemeenschap. Beterere toegang tot eerstelijnszorg leidt dus ook tot **minder oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten**.

→ VIA GEZONDHEIDSBELEID KAN MEN GEEN SUCCESVOLLE MIGRATIEPOLITIEK VOEREN

Intuïtief denken sommige beleidsmakers dat een minder toegankelijke gezondheidszorg migranten zal afschrikken of omgekeerd dat meer en betere zorg een aanzuigefect veroorzaakt. Tot op heden bestaat er echter geen enkel onderzoek dat die hypothesen staft. Integendeel, verschillende wetenschappelijke studies tonen aan dat het aantal westerlingen dat zich voor medische zorg naar het buitenland begeeft (medisch toerisme) een veelvoud is van het aantal vreemdelingen dat zich in België komt laten verzorgen. De migranten die naar Europa komen voor medische redenen zijn eerder 'medische vluchtelingen', vermits er geen adequate toegang tot gezondheidszorg is in hun land van oorsprong.

Werkelijke redenen voor migratie zijn pushfactoren in het land van herkomst (geweld, vervolging, honger, armoede, enz.). Ook de grootte van de plaatselijke informele economie en de aanwezigheid van andere leden van dezelfde gemeenschap (sociaal kapitaal) kunnen een rol spelen bij de keuze van gastland of regio. De enquête die we gevoerd hebben toont aan dat slechts 6% van alle ondervraagden gezondheid als reden voor hun migratie opgaven. **Zorgmigratie blijkt een mythe.**

Zorgbeleid als een instrument gebruiken om migratie tegen te gaan is niet enkel inefficiënt, het schaadt ook ernstig de gezondheid van de betrokken mensen zonder verblijfsvergunning en kost de samenleving veel geld.

WETTELIJK KADER

Dokters van de Wereld België eist een betere toegang tot gezondheidszorg voor iedereen die in ons land verblijft, wat ook zijn statuut is. Toch behoort België tot één van de betere leerlingen van de Europese klas: een meerderheid van de bevolking heeft een wettelijke toegang tot zorg. Een kort overzicht.

→ als **BELG** val je onder de verplichte ziekteverzekering door de tussenkomst van een mutualiteit of de hulpkas. Indien je in bijzonder moeilijke financiële omstandigheden moet overleven, kan het OCMW beslissen om je (bv. via de toekenning van een medische kaart) volledig of gedeeltelijk te helpen bij het betalen van de medische facturen. Mensen die om één of andere reden hun verplichte bijdrage niet meer betaald hebben, kunnen hun situatie in orde laten brengen met de hulp van een maatschappelijk werker.

→ **MENSEN ZONDER VERBLIJFSVERGUNNING** (“zonder papieren”) die behoeftig zijn en niet gedekt worden door een ziekteverzekering in hun land van herkomst, hebben recht op Dringende Medische Hulp¹, zowel voor curatieve als voor preventieve zorgen. De toekenning van dit recht gebeurt momenteel via het OCMW. Volgend op een vraag van een patiënt – gestaafd door een attest van een arts die de nood aan zorg erkent – controleert het OCMW binnen de 30 dagen of de hulpvrager effectief zonder verblijfsvergunning op haar gemeentelijk grondgebied verblijft en of de persoon werkelijk behoeftig is. Indien het OCMW akkoord gaat om de medische en farmaceutische kosten voor de hulpvrager te betalen, dan worden deze voor 100% terugbetaald door de federale regering (POD Maatschappelijke Integratie).

De meeste diagnostische onderzoeken worden terugbetaald (radio- en echografie, bloedonderzoeken, enz.), evenals de meest voorkomende behandelingen (inclusief chemotherapie, kinesitherapie, enz.). Medisch materiaal als (tand)protheses, krukken, rolstoel, enz. wordt niet terugbetaald, consultaties bij een psycholoog evenmin.

¹ Zoals beschreven in art. 57, paragraaf 2 van de organieke OCMW-wet van 8 juli 1976 en het KB van 12 december 1996.

→ **ASIELZOEKERS** hebben sinds de nieuwe opvangwet² recht op materiële hulp vanwege Fedasil of één van haar partners: naast huisvesting en voeding betekent dat medische, psychologische, sociale en juridische begeleiding. Mensen die in een open opvangstructuur opgevangen worden, kunnen terecht bij de centrumarts. Anderen die om één of andere reden buiten een centrum verblijven, moeten gebruik maken van een verzoekschrift of 'requisitorium'. Indien een bepaalde behandeling nodig is, controleert de medische cel van Fedasil via een 'aanvraag tot verzoekschrift' of de patiënt wel degelijk ten laste van Fedasil is. Bij een groen licht wordt een requisitorium afgeleverd waarmee de zorgverstrekker vervolgens terugbetaald kan worden door Fedasil. Ook de gezondheidszorgen voor asielzoekers worden uiteindelijk door de POD Maatschappelijke Integratie ten laste genomen.

→ **EUROPEANEN** hebben het recht om vrij te circuleren binnen de Europese Unie. In geval van ziekte moet de patiënt beroep doen op zijn ziekteverzekering in het land van herkomst. Er is weinig voorzien binnen de Belgische wet.



© Viviane Joakim

² Wet van 12 januari 2007 betreffende de opvang van asielzoekers. Fedasil is het federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers. Meer informatie op www.fedasil.be.

DE PRAKTIJK

→ MOEILIJKE TOEGANG TOT INFORMATIE

Over het algemeen heeft ons doelpubliek – een bijzonder kwetsbare groep – weinig tot geen kennis van de eerder beschreven procedures. Mensen met een precair verblijfsstatuut en hun omgeving zijn vaak onterecht bang om aangegeven te worden bij het zoeken naar medische hulp. Daarom wachten ze vaak te lang alvorens toch actieve stappen te zetten om een arts te zoeken. Zo wordt wat begon als een eenvoudig probleem (bv. een luchtwegeninfectie) toch vaak heel ernstig (een beginnende longontsteking), met meer negatieve gevolgen voor de gezondheid van de patiënt en duurdere behandelingen. Bovendien drukken heel wat hulpvragers zich moeilijk uit in één van onze landstalen, wat nog een bijkomende barrière tot informatie schept.

Ook de zorgverstrekkers die patiënten in precare omstandigheden willen helpen, zitten met vragen. Van deze artsen en psychologen wordt niet alleen verwacht dat ze hun eigen vak te kennen, maar ook het complexe Belgische vreemdelingenrecht. Bovendien schept de term “dringende medische hulp” heel wat verwarring: alsof de patiënt enkel recht zou hebben op een dringende behandeling in het geval van een levensbedreigende situatie.

→ COMPLEXE EN TRAGE ADMINISTRATIEVE PROCEDURES

Tussen hulpvraag en medisch antwoord van mensen zonder papieren ligt vaak meer dan een maand omdat het OCMW nog een sociaal onderzoek moet doen. Bovendien moet de patiënt een medisch attest kunnen voorleggen dat de noodzaak om verzorgd te worden bevestigt. Deze eerste consultatie wordt niet altijd terugbetaald en vele zorgverstrekkers zijn niet op de hoogte van deze procedure.



© Frédéric Pauwels/Luna

Tengevolge de asielcrisis was de medische cel van Fedasil in het afgelopen jaar vaak totaal overwerkt en moeilijk bereikbaar. Het duurde bijzonder lang voor men een reactie op een aanvaag kreeg. Daarom is Dokters van de Wereld voorlopig nog verplicht om eigen consultaties aan te bieden in afwachting van toegang tot het klassieke zorgsysteem.

→ GEBREK AAN RECHTSZEKERHEID VOOR MENSEN ZONDER PAPIEREN

Aangezien “Dringende Medische Hulp” (DMH) door een OCMW – een gemeentelijk en geen federaal orgaan – toegekend wordt, kunnen procedures en toegangscriteria tot zorg nogal eens verschillen van gemeente tot gemeente. Bovendien proberen een aantal OCMW’s “DMH” als een politiek instrument te gebruiken waarmee ze een lokaal migratiebeleid denken te kunnen voeren (zie ook het hoofdstuk ‘medisch toerisme’).

→ GEBREK AAN EEN COHERENT KADER ROND ZIEKTEVERZEKERING EN VRIJ VERKEER VAN EU-ONDERDANEN

Heel wat migranten uit de nieuwe lidstaten (Polen, Bulgarije, Roemenië, enz.) hebben de middelen niet om de medische kosten voor te schieten die de verzekering in hun thuisland slechts veel later uitbetaalt. Andere Europese onderdanen beschikken niet over een verzekering die ook in België tussenkomt of zijn niet meer in orde met de verzekering in hun thuisland. Deze categoriën patiënten kunnen geen lidmaatschap bij een Belgische mutualiteit afsluiten, en ook geen (onmiddellijk) beroep doen op Dringende Medische Hulp zoals mensen zonder verblijfsvergunning.

→ GEBREK AAN PLURIDISCIPLINAIRE ZORGTEAMS

Zorg aan mensen in precare omstandigheden vraagt vaak een aanpak die zowel een medisch, psychologisch, sociaal en juridisch antwoord kan bieden. Klassieke (geestelijke) gezondheidszorgstructuren hebben daartoe vaak de middelen en de expertise niet.

Meer informatie over het juridisch kader rond toegang tot zorg en de situatie in de praktijk vind je op <http://www.huma-network.org>.

“Ik heb altijd al willen werken in het domein van de humanitaire hulp, al sinds mijn studietijd. De jaren ‘80 en ‘90 waren de ‘gouden jaren’ voor ngo’s om in het buitenland projecten op te zetten. Ik ben dus vaak op missie gegaan en heb bijzonder goede herinneringen aan die tijd. Vandaag wil ik me liever bezighouden met dringende hulpverlening in België, eerder dan een privé kabinet te hebben. Ik blijf de hoop koesteren dat we er op een dag in zullen slagen om bepaalde wantoestanden te veranderen.

Vergeleken met enkele jaren geleden kennen onze patiënten hun rechten beter en – ondanks het feit dat de administratieve rompslomp omslachtig blijft – slagen ze er gemakkelijker in om hun medische kosten gedekt te krijgen.

Ik vind het erg belangrijk dat men aandacht besteedt aan de evolutie van de toegang tot zorg in de landen van herkomst van de migranten die wij verzorgen. Deze landen bezitten vaak een enorm potentieel aan deskundigheid en mogelijkheden. We moeten hen helpen om dit potentieel ook ten nutte te maken. Immigratie blijft immers een bron van ellende, ze ontwortelt families en heeft een slopend effect op de mensen”.

Dr. Pierre Ryckmans, arts en medisch verantwoordelijke van het CASO

MEDISCH TOERISME?

Soms worden vragen naar dringende medische hulp geweigd omwille van een vermoeden van “medisch toerisme”. De patiënt zou dan “naar België gekomen zijn met de bedoeling om zich hier te laten verzorgen”. Het echte medische toerisme betreft echter de miljoenen westerlingen die geplande medische ingrepen (esthetische ingrepen, tandheelkundige ingrepen, enz.) laten doen in minder welvarende en dus minder dure landen.

Verschillende studies³ tonen aan dat het aantal **medische vluchtelingen** – mensen die hun land ontvluchten omdat ze er geen toegang tot zorg vinden – zeer laag is. De overgrote meerderheid van migranten laat zich in de keuze van verblijfsplaats niet leiden door een mogelijke toegang tot zorg. De laatste enquête van het Europees Observatorium van het Internationale Netwerk van Dokters van de Wereld⁴ toont aan dat slechts 6% van de migranten die bij onze centra aankloppen, hun land hebben verlaten omwille van het gebrek aan toegang tot zorg,. 26% ontvluchten een of andere vorm van geweld, en 56% komen naar Europa in de hoop er werk te vinden en een betere toekomst aan hun kinderen te kunnen geven. De doorslaggevende factoren in de keuze van het gastland zijn enerzijds de mogelijkheid om in de lokale informele economie een job te kunnen vinden, anderzijds de aanwezigheid van leden van dezelfde gemeenschap (sociaal kapitaal).

Andere studies bevestigen dat het bestaan van sociale zekerheid geen aanzuigeffect vormt voor de migranten. Een migrant vergelijkt niet op rationele manier de voor- en nadelen van een bepaalde bestemming zoals een kritische Belgische consument zijn vakantiebestemming kiest. Sterker nog dan het uitblijven van een aanzuigeffect, zet de afwezigheid van diensten migranten zelfs niet aan om andere plekken op te zoeken.⁵

Migratiestromen reguleren door toegang tot zorg te bemoeilijken is dus een inadequate beleidsmaatregel. Dokters van de Wereld vraagt met aandrang dat de toegang tot zorgen volledig zou worden losgekoppeld van de migratiepolitiek. In bepaalde gevallen (bijvoorbeeld zwangere vrouwen zonder verblijfsvergunning, en jonge kinderen) vragen wij zelfs een onvoorwaardelijke toegang tot medische zorg.

³ Zie onder andere...

- Albrecht, H. (2002). 'Fortress Europe? Controlling illegal immigration' in *European journal of crime, criminal law and criminal justice*, 10, 1: 481-493
- Faist, T. (1997) The Crucial Meso-Level. In T. Hammar, G. Brochmann, K. Tamas & T. Faist (Eds.), *International Migration, Immobility and Development*. Multidisciplinary perspectives (pp. 187-218). Oxford: Berg.
- Landelijke Commissie MAVB (2004). *Rapport: Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid*. Tytsjerk: Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid (Nederland).
- Terry, N. P. (2007), 'Under – Regulated Health Care Phenomena in a Flat World: Medical Tourism and Outsourcing' in *Western New England Law Review*, 29, 421: 421-472

⁴ Op de website www.doktersvandewereld.be kan men het volledige rapport downloaden. De resultaten van het Europees Observatorium voor de Toegang tot Zorg bevestigen eerdere resultaten van sociologisch onderzoek. Zie o.a. Van Meeteren, M., Van San, M. en Engbersen, G. (2008). *Zonder papieren. Over de positie van irreguliere migranten en de rol van het vreemdelingenbeleid in België*. Leuven: Acco

⁵ Zie bv. Romero-Ortuno, R. (2004), 'Access to health care for illegal immigrant in the EU: should we be concerned?' in *European Journal of Health law*, 11: 245-272

HET BELANG VAN EEN MULTIDISCIPLINAIRE AANPAK

De kans dat we iemand die bij het CASO komt aankloppen, niet kunnen doorverwijzen naar een adequate dienst voor verdere verzorging wordt hoger indien de persoon in kwestie met meerder problemen tegelijk te kampen heeft. Hoe complexer de hulpvraag, hoe groter de behoefte aan een multidisciplinaire aanpak.

De meest voorkomende vormen van kwetsbaarheid zijn: (extreme) armoede verslaving (alcohol, drugs...), angsten of andere psychische problemen, chronische ziektes, enz.

Voor **76%** van de patiënten volstaat één enkel bezoek aan het CASO om de eerste medische zorg te krijgen en geholpen te worden met administratieve stappen of te begrijpen hoe de toegang tot het klassieke zorgsysteem in elkaar zit. Voor de overige 24% blijkt de toegang tot zorg problematischer.

Een andere vaststelling: sommige sociale diensten houden onvoldoende rekening met de gezondheidstoestand van een cliënt.

Ook houden sommige medisch zorgverstrekkers niet voldoende rekening met de sociale situatie van hun patiënt. (zie ook de getuigenissen p. 20)

Over het algemeen is er geen gebrek aan goede wil om een patiënt in zijn complexe totaliteit te zien. Zowel sociale diensten als medische structuren staan hier open voor. Maar heel dikwijls ontbreken de deskundigheid en de middelen om een **holistische benadering van de patient** toe te passen.

Het aanbod van het CASO bestaat uit een sociale, medische en psychologische opvolging, eventueel vervolledigd met een externe psychiatrisch en juridische opvolging. De uitdaging bestaat eruit om het werk zo te organiseren dat er een synergie is tussen deze verschillende disciplines en dat ze niet met elkaar in botsing komen. Daarom vindt er na elke sessie raadplegingen een multidisciplinaire debriefing plaats. Eén keer per week vergaderen de verantwoordelijken van de sociale, medische en psychologische teams met de coördinator van het centrum om een actieplan uit te werken voor de meest kwetsbare patiënten.

→ Dokters van de Wereld vraagt aan de verschillende regeringen die een verantwoordelijkheid dragen betreffende gezondheid of welzijn van kwetsbare bevolkingsgroepen om een subsidiebeleid te voeren dat het aanbod van multidisciplinaire zorgen stimuleert.

TAALBARRIÈRES

Een dienst voor geestelijke gezondheid weigert om psychotherapeutisch werk in triade met een tolk te starten, of beschikt niet over de financiële middelen om dit te doen.

Niemand in het OCMW slaagt erin om de cliënt uit te leggen dat hij een medisch attest nodig heeft vooraleer hij de gevraagde hulp kan krijgen. Tengevolge van zijn isolement kan de persoon ook niet terugvallen op iemand uit zijn omgeving voor vertaling. Een folder in zijn taal is niet beschikbaar.

SOCIALE BARRIÈRES

Nadat hij zelf de angst om aangegeven te worden overwonnen heeft, kan de patiënt zonder verblijfsvergunning de mensen bij wie hij logeert er niet van overtuigen om mee te werken aan het sociaal onderzoek van het OCMW. Ze vrezen de eventuele gevolgen van het feit dat ze een persoon zonder verblijfspapieren onderdak geven.

Zonder medisch attest heeft een patiënt die zonder verblijfsvergunning in het land verblijft, geen toegang tot dringende medische hulp (DMH). Voor dat attest oriënteren sommige OCMW's de patiënt naar onze consultatie in plaats van conventies af te sluiten met de huisdokters in hun eigen gemeente.

JURIDISCHE BARRIÈRES

Wanneer asielzoekers of families met kinderen zonder verblijfspapieren geen opvang krijgt in een centrum of in een hotel (zonder enige begeleiding), moeten ze op straat zien te overleven. Wie neemt in dat geval de medische kosten op zich? Sommige OCMW's en Fedasil spelen de bal naar elkaar toe... Het resultaat voor de patiënt is dat er geen enkele mogelijkheid is om een arts te raadplegen of om geneesmiddelen te kopen, tenzij alles cash betaald wordt.

GEESTELIJKE GEZONDHEID

Een persoon die in heel precare omstandigheden leeft is te psychotisch om adequaat contact te houden met de dienst die zijn maandelijkse inkomsten toekent. Omdat de persoon haar inkomsten verliest, raakt ze even later ook haar huisvesting kwijt...

De psychiater van de spoeddienst schrijft aan een patiënt in crisis een antipsychotisch geneesmiddel voor om een nieuwe decompensatie te voorkomen. De arts heeft er geen rekening mee gehouden dat dit medicament heel duur is en dat de patiënt op geen enkele vorm van terugbetaling kan rekenen.

Het team van het CASO stelt vast dat er – althans op dit ogenblik – geen enkele dienst in de Brusselse regio bestaat waarnaar men patiënten in precare omstandigheden kan doorverwijzen die afhankelijk zijn van benzodiazepines.

Voorbeeld van een intensieve multidisciplinaire begeleiding – Mijnheer D.

JUNI 2008. Naar aanleiding van verwondingen na een gevecht op straat, kaart de arts van het CASO met Mr. D zijn alcoholprobleem aan. De patiënt blijkt gemotiveerd om een ontwenningsskuur te volgen en wordt dus doorverwezen naar een gespecialiseerd programma in een Brussels ziekenhuis. Spijtig genoeg komt Mr. D te laat op de afspraak en wordt hij bijgevolg uitgesloten uit het programma.

JULI 2008. Een nieuwe poging om een afspraak te maken heeft meer succes: Mr. D wordt uiteindelijk toegelaten tot het programma, maar wordt na een week opnieuw uitgesloten omdat hij iemand van het personeel bedreigd heeft. We helpen hem om een nieuwe aanvraag voor een behandeling in te dienen bij een andere instelling, waar men hem op de wachtlijst zet. Het feit dat we openlijk de dialoog met hem aangaan over zijn geweld en agressiviteit, leidt ons snel naar een pijnlijke jeugd als wees en adoptiekind...

AUGUSTUS 2008. We doen een beroep op de ploeg SMES (Santé Mentale & Exclusion Sociale) om ons te helpen onze complexe relatie met deze patiënt goed te beheren. Deze wordt gekenmerkt door erkentelijkheid naar ons toe, door moeilijkheden met afstand (hij begint ons te beschouwen als zijn familie) maar ook door spanningen en moeilijkheden. Zo houdt hij zich niet aan de openingsuren van het centrum, is hij heel grof tegenover sommige leden van het team, enz.

DECEMBER 2008. Mr. D leeft nu op straat: hij werd buiten gezet door de religieuze orde die hem tot dan een onderdak gaf, omdat hij te gewelddadig werd. We nemen contact op met de straathoekwerkster die hem al sinds enkele jaren opvolgt. Een ander probleem dat dringend aandacht vraagt, is de asielaanvraag die M.D. enkele jaren geleden deed: indien zijn aanvraag afgewezen zou worden, zou hij in een impasse terechtkomen. Bij gebrek aan een conventie tussen de Belgische staat en zijn land van oorsprong, zou hij onuitwijsbaar zijn.

MAART 2009. De lichamelijke toestand van Mr. D verergert – hij slaapt nu in een kraakpand. Regelmatig komt hij bij de spoeddienst terecht voor zijn alcoholprobleem en een probleem met zijn longen. Nadat we er uitdrukkelijk op hebben aangedrongen bij het ziekenhuis, wordt hij eindelijk opgenomen voor een volledige oppuntstelling gedurende een week. Het was gepland dat hij daarna een zekere tijd in een noodopvangstructuur zou kunnen doorbrengen om zijn antibioticabehandeling te beëindigen, maar al snel wordt hij buitengezet tengevolge van gewelddadig gedrag...

MEI 2009. Mr. D gaat samen met ons naar een afspraak ter voorbereiding van zijn ontwenningsskuur. Hij wordt pas aanvaard nadat we de zorgverlener hebben kunnen verduidelijken welk zijn verblijfsstatuut is, op welke zorgen hij recht heeft en hoe de kosten terugbetaald worden. Van Fedasil verkrijgen we een principiële akkoord voor zijn opvang in een centrum na de ontwenning. Beetje bij beetje lijken de problemen opgelost te raken.

EIND MEI 2009. Een toxicomaan sticht brand in het kraakpand waar Mr. D verblijft. In paniek springt deze vanuit de tweede verdieping en breekt twee wervels. Hij wordt naar het ziekenhuis gevoerd en onmiddellijk geopereerd. Hij blijft verlamd aan de twee benen en men weet niet in hoeverre hij nog kan herstellen.

JUNI 2009. Mr. D blijft heel de maand juni in het ziekenhuis. Zijn herstel verloopt goed maar de relatie met het verplegend personeel is zeer slecht. Bovenop zijn persoonlijkheidsstoornis lijkt Mr. D soms ook psychotische kenmerken te vertonen. De liaisonpsychiater meent echter dat de problemen van Mr. D voornamelijk van sociale aard zijn, een domein waarin hij zich niet deskundig acht.

AUGUSTUS 2009. Na nog een operatie en verschillende transfers van de ene dienst naar de andere, wordt Mr. D uit het ziekenhuis ontslagen. Hij volgde zijn revalidatieprogramma niet, ondanks de veelbelovende vooruitzichten hiervan. Hij was lange periodes afwezig, dronk, beledigde of bedreigde het personeel... We vragen aan Fedasil om een gepast onderdak voor hem te vinden, want hij zit nog steeds in een rolstoel. Hij kan in een hotel verblijven, zoals ook een reeks andere asielvragers.

SEPTEMBER 2009 – JANUARI 2010. Mr. D verliest zijn onderdak weer, wordt opnieuw gehospitaliseerd, weer ontzet, enz... We organiseren een vergadering over hem en vooral ook mét hem, om na te gaan welke projecten hij kan en wil ondernemen. De bedoeling is hem meer dan ooit actief te betrekken bij de nodige te ondernemen stappen, weliswaar met onze steun, zodat hij niet langer systematisch in crisissituaties zou terechtkomen en dan op onze noodhulp beroep moet doen.



Wachtkamer CASO

©Viviane Joakim

EEN DRUK 2009

Naast de reeks bestaande lange termijn projecten (CASO Brussel, medische consultaties voor daklozen, consultaties door specialisten en “Spreek met Haar”), heeft Dokters van de Wereld in het voorbije jaar een aantal gerichte activiteiten georganiseerd en een nieuw project op lange termijn opgestart.

Een kort overzicht van een druk werkingsjaar.

→ OPENING VAN HET COZO IN ANTWERPEN



Toen Artsen Zonder Grenzen aankondigde dat het haar activiteiten binnen België volledig zou stopzetten, heeft Dokters van de Wereld besloten om in Antwerpen de fakkel over te nemen in de strijd tegen de uitsluiting. Een tweede CASO, namelijk het COZO (Centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie) werd opgericht.

Sinds de start in mei 2009 heeft het COZO meer dan 20 nieuwe vrijwilligers mogen verwelkomen.

Het jaar 2009 werd vooral gewijd aan het opstarten van het project en het uitwerken van een actieplan. Alle leden van het team, ook diegene die mee gekomen zijn uit het voormalige project van AZG, hebben met indrukwekkend dynamisme en enthousiasme de nieuwe uitdaging bij Dokters van de Wereld opgenomen.

1703 sociale raadplegingen
1123 medische raadplegingen
276 psychologische raadplegingen

Onze partners in Antwerpen zijn niet ongevoelig gebleven voor dit initiatief en hebben aan een constructieve dialoog deelgenomen.

De situatie in Antwerpen en in Vlaanderen verschilt enigzins van deze in Brussel. Er is slechts 1 OCMW in Antwerpen, tegenover 19 centra in Brussel. Overigens is de toegang tot zorgen voor zwangere vrouwen zonder verblijfsvergunning in Antwerpen veel moeilijker. Hetzelfde geldt voor de toegang tot geestelijke gezondheidszorg.

→ 5.400 BEZOEKERS AAN DE DONKERE KAMER



© Viviane Joakim

Dokters van de Wereld stelde haar “Donkere Kamer” op in het station van Antwerpen-Centraal van 4 tot 10 oktober 2009. De tentoonstelling “34 beelden tegen vergetelheid” werd voor het eerst voorgesteld aan het Antwerpse publiek na een doortocht door 12 Europese steden. De bezoekers bleken bijzonder geëmotioneerd na het zien van de beelden. Ze hebben hun indrukken kunnen neerschrijven in het gulden boek.

“Beelden zeggen zoveel meer dan woorden...”

“Gewoon prachtige tentoonstelling. Dit kan niet genoeg getoond worden.”

“Goed om op zo’n dynamische plek een moment van bezinning te creëren en ons te laten stil staan bij het leven van anderen. Bedankt!”

→ 563 VERPLEEGKUNDIGE CONSULTATIES AAN ASIELZOEKERS ZONDER OPVANG

Tussen eind juli en midden oktober 2009 boden een 35-tal vrijwillige verpleegkundigen medische en psychosociale basisbegeleiding aan asielzoekers die tijdelijk gehuisvest waren in een hotel of een opvangstructuur voor daklozen. Een verblijf in een hotel kan een comfortabel bestaan lijken, maar in werkelijkheid werden de mobiele ploegen er met schrijnende situaties geconfronteerd. We ontmoetten er vooral honderden hulpeloze families zonder enig idee van hoe ze aan medische zorg moesten raken, hoe ze voeding voor hun pasgeboren zuigelingen konden krijgen of hoe het nu precies verder moest met hun asielpcedure. De algehele gezondheidstoestand van deze kandidaat-vluchtelingen was dan ook ronduit slecht...

- *76% was pas minder dan 3 maand geleden aangekomen, vooral vanuit Afghanistan, Kosovo, Slowakije, Irak en Iran*
- *233 medische doorverwijzingen*
- *40 patiënten met ernstige chronische aandoeningen*
- *19 zwangere vrouwen zonder enige prenatale opvolging*
- *20% met ernstige symptomen van psychisch lijden (PTSD, depressie, angst- en slaapklachten)*

→ EUROPESE SAMENWERKINGSVERBANDEN

In september 2009 publiceerde het internationaal netwerk van Dokters van de Wereld haar tweede verslag van het **Europees Observatorium voor de Toegang tot Zorg**: een unieke getuigenis over de levensomstandigheden, de gezondheidstoestand en de toegang tot zorg van mensen zonder papieren. Er werd bijzondere aandacht besteed aan de meest kwetsbare groep: zwangere vrouwen en kinderen.

Niet onverwacht tonen de resultaten een bijzondere kwetsbare bevolkingsgroep. Eén persoon op twee geeft aan zich geïsoleerd te voelen. De helft van de ondervraagden heeft geen eigen woonst (dakloos, opvangtehuis, slapen bij kennissen, enz.). Meer dan een derde acht dat hun woonomstandigheden gevaarlijk zijn voor hun eigen gezondheid en die van hun kinderen. De helft werkt (zonder wettelijke bescherming) en daarvan werkt 37% langer dan 10 uur per dag.

Acute hongersnood – huiselijk geweld – beroving – vervolging omwille van seksuele oriëntatie – chronische overvolgzaamheid – geweld door politie of leger – marteling – onrechtvaardige inbeslagneming van voedsel of medische krantiefabriek – oorlog – gevangenisstraf omwille van politieke opvattingen – gedwongen prostitutie – racisme – besnijdenis – psychologisch geweld – mensenhandel

59%

van de ondervraagden heeft voor, tijdens of na migratie een vorm van geweld ondergaan...

Van alle ondervraagde zwangere vrouwen ontvangt

slechts 48% begeleiding gedurende de zwangerschap.

Tegelijk publiceerde Dokters van de Wereld via het **HUMA**-netwerk – “Health for Undocumented Migrants and Asylum Seekers” – een vergelijkend overzicht van de wetgeving in 10 Europese landen m.b.t. de toegang tot zorg voor mensen zonder papieren en asielzoekers. Recht op gezondheid blijkt niet gegarandeerd in de EU.

In geen enkel land genieten mensen zonder papieren van “de hoogst te bereiken fysieke en mentale gezondheidstoestand” zoals dit wordt gevorderd door de internationale teksten over de bescherming van de rechten van de mens (artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (ICESCR)). In de meeste landen moeten mensen zonder papieren zelf voor 100% de kosten betalen, wat meestal volstrekt onmogelijk is. Sommige landen voorzien enkel gratis toegang tot zorg in noodsituaties. Andere landen zoals Nederland, Frankrijk of België voorzien in een systeem dat de kosten volledig of gedeeltelijk op zich neemt. Maar ook dan blijven er nog vaak onoverkomelijke obstakels: te hoge eigen inbreng in de kosten, ingewikkelde regelingen, administratieve moeilijkheden, angst om aangegeven te worden en gebrek aan informatie.

www.huma-network.org voor de Europese vergelijkende studie van wetgeving
www.doktersvandewereld.be/European-Observatory-van-Dokters.html voor het volledige verslag van het Europees Observatorium.

➔ EEN VLUCHTELINGENKAMP IN HARTJE EUROPA



© Viviane Joakim

Zonder Grenzen, Dokters van de Wereld en Caritas International) om een vluchtelingenkamp in hartje Brussel op te zetten.

De ngo's vroegen aan de regering om onmiddellijk leegstaande gebouwen beschikbaar te maken om een menswaardige opvang te bieden aan alle asielzoekers die geen onderdak hebben gekregen. De reactie van de federale overheid was ronduit teleurstellend. Tot op heden (juni 2010) worden nog steeds honderden asielzoekers gedwongen om op straat te overleven.

In het vluchtelingenkamp kregen elke nacht zo'n 50 mensen onderdak voor de nacht en een warme maaltijd. Ze kregen ook sociale, juridische en medische hulpverlening. Dat laatste luik werd door Dokters van de Wereld opgenomen. Op slechts een paar dagen tijd werden 60 verpleegkundige en 23 medische consultaties gedaan.

De meest voorkomende klachten, zoals luchtweginfecties of ondervoeding, kaderden in het gebrek aan huisvesting. Een familie met een paar maanden oude zuigeling had al verschillende weken in het Noordstation doorgebracht. De zuigeling was al sterk vermagerd: zijn moeder vertelde ons dat hij al 10 dagen enkel thee te drinken had gekregen...



© Viviane Joakim

→ WINTERPLAN VOOR BRUSSELSE DAKLOZEN

Jaarlijks verdubbelt Dokters van de Wereld bij het begin van de winterkou haar inspanningen voor de daklozenpopulatie. Tussen midden november 2009 en einde maart 2010 hebben onze (para)medische teams ongeveer 2.500 interventies gedaan.

Ze werden niet alleen geconfronteerd met de ziektebeelden die te maken hebben met de koude en het gebrek aan hygiëne, maar ook met het psychisch lijden van de daklozen. Symptomen zoals stress, chronische vermoeidheid, slaap- en stemmingsstoornissen, angst en totaal verlies van structuur en referentiekader, enz.

“Wat is de zin van mijn werk als vrijwilliger voor de daklozen? De daklozen hebben zoveel meer nodig dan enkel onze zorg. Doch hier worden ze tenminste erkend in hun bestaan en niet weggejaagd zoals vaak elders gebeurt. Een eenvoudig gebaar zoals ‘goeiedag’ zeggen bevestigt hen in hun eigenwaarde. Daklozen leiden vaak een onzichtbaar bestaan. Ze komen ons dan ook niet enkel bezoeken voor hun vrieswondjes of verstopte neus. Ze hebben een enorme behoefte aan praten, aan opnieuw aansluiting vinden met een andere mens “.

Françoise – vrijwillige verpleegkundige in Brussel

BELEIDSAANBEVELINGEN

Gebaseerd op onze terreinervaring formuleren we jaarlijks een aantal aanbevelingen voor een betere toegang tot gezondheidszorg. Dokters van de Wereld heeft hierbij als vuistregel dat zij hierover met de betrokken instanties een constructieve dialoog en een samenwerkingsverband wil aangaan.

→ EUROPESE UNIE

Dokters van de Wereld vraagt bijzondere aandacht voor de slechte toegang tot zorg voor in België verblijvende Europeanen uit armere lidstaten. Er is dringend nood aan een Europees kader. In afwachting daarvan vragen we aan de Belgische federale regering een versoepeling van de toegang tot Dringende Medische Hulp voor arme Europeanen uit andere lidstaten.

Dokters van de Wereld lanceert een oproep aan het Europese Parlement om een resolutie te stemmen die de noodzaak van gelijke toegang tot zorg en preventie voor iedereen bevestigt, met inbegrip van mensen zonder papieren en asielzoekers. We vragen...

- bescherming doorheen de hele EU van het medisch beroepsgeheim en een formeel verbod op elke aangifte of arrestatie van mensen zonder papieren tijdens een zorgverstrekking;
- bijzondere bescherming van minderjarige kinderen en zwangere vrouwen in de toegang tot preventie, zorg en opvolging;
- bescherming doorheen de hele EU van ernstig zieke vreemdelingen die geen effectieve toegang hebben tot zorg in hun land van herkomst d.m.v. het verlenen van een verblijfsvergunning

→ ASIELZOEKERS

Dokters van de Wereld vraagt met aandrang dat de federale wet op de opvang van asielzoekers zou toegepast worden. Deze wet bepaalt dat elke asielzoeker het recht heeft op medische, psychologische en sociale begeleiding.

Dokters van de Wereld stelt voor een **medische kaart voor alle asielzoekers** in te voeren, met vermelding van een vaste huisarts en apotheker voor een periode van 3 maanden, vernieuwbaar zolang de asielprocedure loopt. Op die manier kunnen ook asielzoekers buiten een opvangcentrum of een Lokaal Opvanginitiatief (LOI) van hun recht op medische zorg genieten. Indien nodig kan de huisarts dan een verzoekschrift voor de toegang tot een specialist of een psycholoog afleveren. Een dergelijk systeem garandeert de toegang tot zorgen en voorkomt ook elke vorm van medische overconsumptie.

Onze statistieken tonen aan hoe kwetsbaar vele asielzoekers zijn. Dokters van de Wereld stelt dus voor dat alle kandidaat-vluchtelingen die zich aanbieden op de dispatching van Fedasil systematisch een **algemeen medisch onderzoek** zouden krijgen zodat ernstige gezondheidsproblemen tijdig kunnen opgespoord en behandeld worden. Bij hun toewijzing van een opvangplaats moet rekening gehouden worden

met de lichamelijke en mentale gezondheidstoestand van de betrokken persoon. Tot slot vragen we aan Fedasil meer inspanningen om zorgverstrekkers te informeren over de wijze van terugbealing van hun prestaties en hoe ze patiënten adequaat kunnen doorverwijzen.

→ MENSEN ZONDER VERBLIJFSVERGUNNING

Dokters van de Wereld maakt samen met Medimmigrant (Brussel), het Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, het Ondersteuningspunt Medische Zorg (Antwerpen), het Vlaams Minderhedencentrum en de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) deel uit van een werkgroep “toegang tot zorg voor mensen zonder wettig verblijf”.

Een beleidsvoorstel, mee ondertekend door de “Union des Villes et Communes de Wallonie”, Vluchtelingenwerk Vlaanderen, CIRE en Sensoa werd overgemaakt aan de staatssecretaris voor maatschappelijke integratie. Dokters van de Wereld benadrukt vooral de eis dat asielzoekers en mensen zonder verblijfsvergunning van eenzelfde zorgaanbod zouden kunnen genieten en dat de OCMW's de administratieve opvolging uit handen zouden kunnen geven aan de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV). Een dergelijke maatregel zou de OCMW's in staat stellen om zich toe te leggen op hun eigenlijke opdracht, namelijk sociale hulpverlening voor mensen die behoeftig zijn.

Administratieve vereenvoudigingen zijn dringend nodig om de lange wachttijden af te schaffen. Deze schaden de gezondheid van de patiënt en kosten meer aan de samenleving. Het sociaal onderzoek van het OCMW zou al voorafgaand aan een ziekteperiode kunnen gebeuren (voorafgaande administratieve inschrijving) of vlak na het afleveren van medische hulp.

Dokters van de Wereld vraagt een onvoorwaardelijke toegang tot zorg voor zwangere vrouwen en kinderen jonger dan 5jaar.

→ BRUSSEL

Het conflict tussen de Brusselse OCMW's en Fedasil over wie de hulp aan asielzoekers moet verlenen moet dringend via politieke weg opgelost worden. Beide partijen vallen onder de bevoegdheid van dezelfde minister. De huidige onverschilligheid leidt ertoe dat honderden families zonder enige toegang tot zorgen blijven.

Dokters van de Wereld vraagt een subsidiebeleid dat multidisciplinaire zorgformules aanmoedigt, waarbij medische en psychosociale zorg aan elkaar gekoppeld worden.

HOE DOKTERS VAN DE WERELD STEUNEN?

→ VRIJWILLIGER WORDEN

Dokters van de Wereld is steeds op zoek naar bijkomende vrijwilligers. Aarzel niet om ons te contacteren indien je een stukje van je tijd aan mensen in precaire omstandigheden wil geven. We zijn voortdurend verder op zoek naar...

- huisartsen, maar ook naar specialisten (gynaecologie, dermatologie, diabetologie, interne geneeskunde, oftalmologie, pediatrie, psychiatrie, enz.) en tandartsen
- juristen
- ervaren psychologen
- vrijwilligers met ervaring in projectbeheer, human resources of administratie
- handige en ervaren logistieke medewerkers (schilderwerken, vloerbekleding, elektriciteit, montage van meubels en allerlei andere klussen)

Ook voor andere voorstellen of een stage mag je ons altijd contacteren. Neem ook regelmatig een kijkje op www.doktersvandewereld.be

→ EEN PERMANENTE OPDRACHT GEVEN

Een permanente opdracht aan Dokters van de Wereld geven is een verbintenis aangaan voor diegenen die de wereld vergeet. Het is een sterk gebaar van solidariteit. Dankzij je hulp kan Dokters van de Wereld duurzame projecten opbouwen. Indien je giften 30€ of meer per jaar bedragen, zal je automatisch een fiscaal attest ontvangen in het jaar dat volgt op je storting.



Dokters van de Wereld ondertekent de Ethische Code van de Vereniging voor Ethiek in de Fondsenwerving (VEF). Dit houdt in dat de schenkers minstens jaarlijks geïnformeerd worden over de bestemming van de verworven fondsen.

→ KIDONAKI



Schenk, verkoop en steun Dokters van de Wereld. Kidonaki stelt een totaal nieuw concept voor om een gift te doen, namelijk door een voorwerp te veilen ten voordele van Dokters van de Wereld. Als koper ondersteun je Dokters van de Wereld, die de begunstigde is van je aankoop. Wil je graag een schenking doen voor een goed doel of een project steunen, maar zonder het saldo van uw bankrekening te verminderen? Stel je voorwerp te koop ten voordele van Dokters van de Wereld. Meer info op www.kidonaki.be

→ EEN LEGAAT VERMAKEN

Een legaat vermaken is een gebaar van solidariteit op lange termijn. Dankzij het duo-legaat kan een gift aan Dokters van de Wereld je erfgenamen zelfs bevoordelen. Een eerste stap om via je erfenis bij te dragen aan het goede doel, is informatie zoeken. Die vind je op www.doktersvandewereld.be of door contact op te nemen met Donatienne Baise op 02 648 69 99 of donatienne.baise@doktersvandewereld.be.

→ EEN PARTNERSCHAP MET JE BEDRIJF CREËREN

Is je bedrijf geïnteresseerd in het steunen van Dokters van de Wereld? Neem dan contact op met Paula Stam op 02/ 648 69 99 of paula.stam@doktersvandewereld.be

