

EVA BLOMME<sup>a</sup>  
 CHARLOTTE COLMAN<sup>b</sup>  
 CHARLOTTE DE KOCK<sup>c</sup>

# De instroom van migranten en etnische minderheden in de drughulpverlening

## Een verkennende studie



*Panopticon*, 38 (2), 102-117  
 © 2017 Maklu | ISSN 0771-1409 | Maart 2017

- a Academisch assistent, Institute for International Research on Criminal Policy (IRCP), Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht, Universiteit Gent (Corresp.: eva.blomme@ugent.be)
- b Postdoctoraal onderzoeker, Institute for International Research on Criminal Policy (IRCP), Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht, Universiteit Gent
- c Onderzoeker, Institute for International Research on Criminal Policy (IRCP), Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht, Universiteit Gent

### ABSTRACT

#### The representation of migrants and ethnic minorities in drug treatment: a prospective study

Ethnic diversity within drug treatment has not often been researched in Belgium. This study explores the representation of migrants and ethnic minorities in Belgian drug treatment, followed by the examination of different barriers that migrants and ethnic minorities encounter during various phases of treatment (i.e. intake, referral, treatment, discharge) and several kinds of treatment (day-care centres, medical and social care centres, crisis centres, therapeutic communities).

**Keywords:** migrant and ethnic minorities, drug treatment, representation, barriers

**Kernwoorden:** migranten en etnische minderheden, drughulpverlening, vertegenwoordiging, barrières.

### 1. INLEIDING

Onze superdiverse samenleving bestaat vandaag uit individuen en groepen die sociaal, cultureel en etnisch van elkaar verschillen (VERTOVEC, 2007). Deze toenemende diversiteit wordt niet steeds weerspiegeld in de diverse domeinen van de samenleving zoals het onderwijs (AGIRDAG *et al.*, 2011; BOONE & VANHOUTTE, 2014), de psychiatrische gezondheidszorg (LODEWYCKX *et al.*, 2005), de ouderenzorg (LODEWYCKX, 2014), en op de arbeidsmarkt (VERHAEGHE *et al.*, 2015). We kunnen veronderstellen dat onder migranten en etnische minderheden minstens evenveel problematische middelengebruikers zijn als personen zonder migratieachtergrond en we verwachten hen ook in gelijke mate in de drughulpverlening aan te treffen (DE KOCK *et al.*, 2016). Er lijkt zich echter ook in de drughulpverlening een ondervertegenwoordiging van migranten en etnische minderheden voor te doen (VANDEVELDE *et al.*, 2003) en dit in de diverse fases van een hulpverleningstraject, namelijk instroom, behandeling/doorstroom en uitstroom (DERLUYN *et al.*, 2008).

Deze etnische diversiteit binnen onze huidige samenleving brengt bovendien uitdagingen met zich mee op het vlak van toegankelijkheid en interculturalisering van sociale diensten. De drughulpverlening kan niet steeds een antwoord bieden op deze uitdagingen waardoor migranten en etnische minderheden moeilijkheden kunnen ondervinden bij hun contact met de drughulpverlening.

Hoewel de internationale interesse voor onderzoek naar de toegankelijkheid van de drughulpverlening voor migranten en etnische minderheden gestaag toeneemt (FOUNTAIN & HICKS, 2010; OTINIANO VERISSIMO *et al.*, 2014; REID, C. *et al.*, 2001; SAVAGE & MEZUK, 2014), kent België slechts een gering aantal studies (DE KOCK *et al.*, 2016; DERLUYN *et al.*, 2008; VANDEVELDE *et al.*, 2000) die zicht geven op dit fenomeen en de uitdagingen ter zake. Deze studies zijn voornamelijk kwalitatief van aard en focussen op (patronen van) druggebruik bij migranten en etnische minderheden en barrières die de toegankelijkheid tot drughulpvoorzieningen beïnvloeden.

Dit artikel beoogt de bestaande studies aan te vullen met een verkennend onderzoek naar de instroom van migranten en etnische minderheden, de toegankelijkheid en de barrières in de Belgische drughulpverlening. Aan de hand van een kwantitatieve beschrijving van de instroom van migranten en etnische minderheden in de drughulpverlening worden de geografische verschillen en verschillen tussen types van drughulpverlening in kaart gebracht. De kwantitatieve beschrijving wordt aangevuld met een kwalitatieve verkenning van de resultaten die inzicht biedt in de aard en omvang van de problematiek en deze tracht te kaderen.

### ***Migranten en etnische minderheden: conceptueel en theoretisch kader***

We opteren in dit artikel voor het begrip ‘migranten en etnische minderheden’ zoals gehanteerd wordt in het RIZIV Groenboek over de Toegankelijkheid van de Gezondheidszorg (SUIJKERBUIJK, 2014). Hierbij wordt naar migranten en etnische minderheden verwezen als individuen en groepen die omwille van hun etnische afkomst, geboorteplaats, godsdienst, staatsburgerschap en/of culturele verschillen, een minderheidsstatus hebben in het land waar ze verblijven (DERLUYN *et al.*, 2011; SUIJKERBUIJK, 2014). Niettegenstaande deze definitie een beperkte invulling geeft aan het begrip, verkiezen we deze definitie omdat ze focust op zowel de individuele migratieachtergrond en etnische identiteit als op de maatschappelijke categorisering van deze personen in etnische minderheden (DE KOCK *et al.*, 2017a).

Dit artikel focust op de vertegenwoordiging van migranten en etnische minderheden binnen de drughulpverlening. Verklaringsmodellen voor middelengebruik bij deze doelgroepen vallen uiteen in twee benaderingen. Enerzijds is er de universalistische benadering, waar men aangeeft dat psychiatrische stoornissen (waaronder middelafhankelijkheid<sup>1</sup>) wereldwijd in gelijke mate voorkomen en door universele processen (zoals socialisering, opvoeding, socio-economische status, maatschappelijk integratie) worden veroorzaakt (DERLUYN *et al.*, 2008; ESCOBAR & VEGA, 2006; MARSELLA & WHITE, 2012; ROOM, 2006). Deze benadering geeft aan dat diverse culturele groepen niet verschillen van elkaar en dat symptomen herkenbaar zijn over verschillende culturen heen door psychiatrische problematieken te benaderen als een ziektemodel. Anderzijds beschrijft de cross-culturalistische benadering dat psychiatrische stoornissen cultureel gekleurd kunnen zijn (FINN, 1996; ROOM, 2006; ROOM *et al.*, 1996). Binnen deze redenering kan de betekenis van middenmisbruik variëren naarmate de culturele achtergrond verschilt (ROOM, 2006).

Verscheidende studies situeren zich binnen het cross-culturalistische kader en bestendigen de rol van cultuur binnen een (drug)hulpverleningscontext bij migranten en etnische minderheden (CASTRO & ALARCÓN, 2002; DERLUYN *et al.*, 2008; FINN, 1996; MASSON *et al.*, 2013; REID, G. *et al.*, 2001; TJADEN, 2004). De rol die cultuur vervult in de drughulpverlening en hoe zwaar die doorweegt, kent binnen het interculturaliseringsdebat verschillende invullingen en wordt vertaald in een categoriale en inclusieve benadering. De categoriale benadering

1 Middelafhankelijkheid zien we hier als herhaald, schadelijk gebruik van psychoactieve stoffen met verschillende gedrag-, cognitieve- en fysiologische gevolgen (WHO).

focust zich op de specifieke noden en problemen van groepen. De inclusieve benadering contrasteert met deze visie in de zin dat culturele achtergrond slechts als beginpunt van ervaringen, waarden en normen wordt beschouwd, waarbij eigen referentiekaders voor variaties tussen individuen zorgen (PIESSENS *et al.*, 2004; VERSCHULDEN & VAN EWIJK, 2008; VERSTRAETE, 1999). Beide benaderingen bestendigen het belang van cultuur in de drughulpverlening, maar hanteren een verschillende werkwijze.

## 2. METHODOLOGIE

Deze bijdrage heeft een tweevoudige opzet, waarbij een multi-methodische benadering een antwoord tracht te bieden op de vooropgestelde vragen: “In welke mate worden migranten en etnische minderheden vertegenwoordigd in de Belgische drughulpverlening, vergeleken met personen zonder migratieachtergrond?” en “Hoe verklaren professionals deze vertegenwoordiging en welke barrières kunnen migranten en etnische minderheden bij hun contact met de drughulpverlening ondervinden, vanuit het perspectief van professionals?”.

Het kwantitatief luik geeft een exploratief en beschrijvend beeld van de aanwezigheid van migranten en etnische minderheden in de huidige Belgische drughulpverlening op basis van jaarrapporten (ANTOINE *et al.*, 2013; ANTOINE *et al.*, 2014). Deze data bieden ons vandaag het meest objectieve beeld van de vertegenwoordiging van migranten en etnische minderheden in de drughulpverlening. De analyse laat eveneens toe geografische contrasten en verschillen tussen types hulpverlening in kaart te brengen, wat onder meer een meerwaarde kan vormen voor verklarend onderzoek. Het kwalitatieve luik heeft als finaliteit duiding te geven bij de vertegenwoordiging van migranten en etnische minderheden en de barrières die personen kunnen ervaren bij hun contact met de drughulpverlening. Hierin schuilt dan ook de praktijkrelevantie, waar een zeker inzicht in de perceptie van hulpverleners op de aanwezige barrières voor migranten en etnische minderheden een aanzet kan geven tot substantiële inzet op het interculturaliseringsdebat in de drughulpverlening.

### 2.1. Kwantitatief onderzoeksluik: secundaire analyse

In eerste instantie werd de vertegenwoordiging van migranten en etnische minderheden getoetst aan de hand van beschikbare, secundaire data, meer bepaald de RIZIV jaarrapporten van 2013 en 2014 die gegevens presenteren uit 2012 en 2013, raadpleegbaar via de Belgische Treatment Demand Indicator (TDI). Gezien ‘etniciteit’<sup>2</sup> onder de Privacywetgeving (1999) gecategoriseerd wordt als ‘gevoelige informatie’ en bijgevolg weinig toegankelijk is, dienden we gebruik te maken van de alternatieve variabele ‘nationaliteit’. Nationaliteit kan worden gezien als onderdeel van migratieachtergrond en etniciteit, maar is zeker niet de enige variabele om dit gegeven te meten (VERTOVEC, 2007). De variabele ‘nationaliteit’ laat ons echter toe een beschrijvend, cijfermatig beeld van de Belgische situatie te geven. Het is bovendien de enige variabele die momenteel consistent en eenduidig geregistreerd wordt, om zicht te krijgen op migranten en etnische minderheden. Door het gebruik van deze variabele kunnen de gepresenteerde data evenwel een overschatting geven van de groep ‘Belgen’. Migrant en etnische minderheden met een dubbele nationaliteit, worden namelijk gecategoriseerd onder ‘Belgen’ en ook tweede generatie migranten worden onder Belgen ingedeeld, hoewel zij in realiteit nog steeds worden geconfronteerd met hun minderheden status (CUTTER *et al.*, 2003).

2 In navolging van de definiëring in de wet wordt hier het begrip ‘etniciteit’ gehanteerd, hoewel dit onderzoek de term ‘migrant en etnische minderheden’ preferert.

We opteren voor de jaarrapporten van 2013 en 2014 vermits dit de eerste jaren zijn waarin gegevens over nieuwe aanvragen tot behandeling van cliënten met een middelenverslaving in centra met een RIZIV conventie nationaal werden bijgehouden<sup>3</sup>. Daarnaast hebben we ook cijfergegevens betreffende de prevalentie van verschillende nationaliteiten binnen de Belgische bevolking geraadpleegd, om de gegevens uit de jaarrapporten te helpen interpreteren (STATISTICS BELGIUM, 2013, 2014).

## **2.2. Kwalitatief onderzoeksluik: semi-gestructureerde interviews met drughulpverleners**

In het kwalitatief luik ligt de focus op het kaderen en exploreren van de kwantitatieve gegevens aan de hand van kwalitatieve interviews, toegepast op de verschillende fasen van een hulpverleningstraject. Dit luik wil hoofdzakelijk de kwantitatieve resultaten beter begrijpen en een verkennend inzicht geven in verschillende barrières die migranten en etnische minderheden ervaren. Waar het kwantitatieve luik zich baseert op nationale gegevens, beperken we ons in het kwalitatieve luik tot experts uit het Oost-Vlaamse zorgcircuit. De Oost-Vlaamse (drug)hulpverlening bestaat uit een uitgebreid en divers aanbod van voorzieningen waardoor dit een ideale uitvalsbasis vormt voor het kaderen van de kwantitatieve resultaten. Dit kwalitatieve luik vertrekt van een bevraging van het hulpverleningsperspectief en biedt een aanvulling op eerder onderzoek (DE KOCK *et al.*, 2016; DERLUYN *et al.*, 2008) dat reeds de focus legde op een rechtstreekse bevraging van migranten en etnische minderheden.

Vijftien personen uit twaalf diverse drughulpvoorzieningen (zelfzorg, ambulante centra, residentiële centra, beleidscoördinatoren) werden gecontacteerd met de vraag tot deelname aan het onderzoek. Enkele voorzieningen gaven aan geen tijd te kunnen vrijmaken en één enkele instelling gaf aan geen bijdrage te kunnen leveren aangezien zij zelden migranten en etnische minderheden bereiken. De uiteindelijke steekproef bevatte negen respondenten. Deze 'purposive sampling' (TEDDLIE & YU, 2007) hield rekening met een diversiteit in hulpverleningsvoorzieningen met betrekking tot het hulpverleningscontinuüm, locatie, ervaring met de doelgroep. Concreet werden zowel zelfzorg, medisch-sociale opvangcentra, ambulante als residentiële zorg, Centra Geestelijke Gezondheidszorg (ambulante begeleiding) en beleidscoördinatoren in de analyse betrokken. De thema's die tijdens de interviews aan bod kwamen, hadden betrekking op toegankelijkheid, instroom, doorstroom, behandeling, uitstroom en cultuurbeleving. Aansluitend werden de respondenten op de hoogte gebracht van het onderzoek via de principes van 'informed consent', waarbij de anonimiteit werd benadrukt en ze geïnformeerd werden hoe de gegevens zouden worden verzameld, verwerkt en bewaard. De interviews duurden gemiddeld 50 minuten. Ze werden getranscribeerd, gescreend aan de hand van de bevindingen uit het kwantitatieve luik en verwerkt met het programma NVivo11.

## **3. RESULTATEN**

### **3.1. Kwantitatief onderzoeksluik: een exploratief en beschrijvend overzicht van de Jaarrapporten 2013 en 2014**

De jaarrapporten 2013 en 2014 bevatten cijfergegevens over het aantal behandelingsaanvragen in de Belgische drughulpverleningscentra met een RIZIV conventie gedurende de

3 Het rapport uit 2011 werd weerhouden gezien de opsplitsing naar gewest en type hulpverlening niet specifiek genoeg was. Ook het jaarverslag van 2015 werd weerhouden doordat nationaliteit louter werd opgedeeld naar Belg en niet-Belg, zonder onderscheid te maken of men uit de EU afkomstig is. Beiden gaven hierdoor een vertekend beeld van de werkelijkheid.

periodes 2012 en 2013. Het betreft de publicatie van cijfers over elke nieuwe behandelingsaanvraag van cliënten die in een behandelingscentrum terecht komen vanwege problematisch middelengebruik. De gegevens, verzameld voor het TDI door het BMCDDA<sup>4</sup>, werden geanalyseerd en gerapporteerd door het WIV-ISP<sup>5</sup> onder goedkeuring van het RIZIV<sup>6</sup>. De rapportageperiode loopt steeds van 1 januari tot 31 december van het desbetreffende jaar. 27 behandelingscentra, goed voor in totaal 42 behandelingsprogramma's, verschaften gegevens waarop de analyse werd gebaseerd.

In het kwantitatief luik gaan we na in hoeverre personen met een niet-Belgische nationaliteit instromen tot de drughulpverlening vergeleken met personen met een Belgische nationaliteit. Zoals eerder aangehaald, bekijken we de parameter 'nationaliteit', aangezien 'etniciteit' volgens de Privacywetgeving (1999) gecategoriseerd staat onder gevoelige gegevens en nationaliteit bijgevolg de enige beschikbare variabele in de jaarrapporten is die zicht kan geven op de etnische vertegenwoordiging. We maken een opdeling in gewesten om regionale verschillen in beeld te kunnen brengen en in het type van drughulpverlening omdat de doelstellingen per type hulpverlening verschillen.

### *Vlaams Gewest*

De analyse van de aanwezigheid van niet-Belgen in de Vlaamse drughulpverlening omvat grote verschillen tussen de verschillende types van hulpverlening. Zowel in 2012 als in 2013 bemerken we een oververtegenwoordiging van niet-Belgen binnen de medisch-sociale opvangcentra (hierna MSOC). Ruim 15% niet-Belgen vinden hun weg naar de verschillende Vlaamse MSOC, vergeleken bij hun vertegenwoordiging van 7,2% (in 2012) en 7,4% (in 2013) binnen de Vlaamse populatie (STATISTICS BELGIUM, 2013, 2014). De aanzienlijke representatie van niet-Belgen binnen de Vlaamse MSOC contrasteert met de schaarse aanwezigheid van niet-Belgen in de crisis- en residentiële centra. Het percentage van niet-Belgen binnen crisiscentra schommelt tussen 3,5% en 5,8%, residentiële centra doen het nog minder met een vertegenwoordiging van 1,8% in 2012 en 2,2% in 2013 van personen met een andere nationaliteit dan de Belgische. Ten slotte kampen ook de ambulante centra met een ondervertegenwoordiging, al is die minder uitgesproken dan bij de andere types van drughulpverlening. De representatie van niet-Belgen bedraagt hier 6,10% in 2012 en 5,3% in 2013.

Opvallend binnen de groep 'niet-Belgen' is de grote aanwezigheid van personen buiten de Europese Unie. Met uitzondering van de therapeutische gemeenschappen, vinden dubbel zo veel individuen met een niet-EU nationaliteit hun weg naar de hulpverlening, dan personen met een EU-nationaliteit. In het licht van de bevolkingsstatistiek uit 2012 en 2013, is deze vaststelling op zijn minst frappant. Het overgrote deel van niet-Belgen blijkt namelijk een nationaliteit binnen de Europese Unie te bezitten.

### *Waals en Brussels-Hoofdstedelijk Gewest*

Het Waalse Gewest heeft net als het Vlaamse Gewest een grote oververtegenwoordiging van niet-Belgen binnen hun MSOC. Opnieuw treffen we er dubbel zoveel niet-Belgen aan (vergeleken met hun vertegenwoordiging binnen de Waalse bevolkingsstatistiek (9,7%)). Opvallend is echter hun vertegenwoordiging binnen de andere types van drughulpverlening. Dagcentra binnen het Waalse Gewest kennen een heuse ondervertegenwoordiging van niet-Belgen (slechts 3,9% is niet-Belg in 2013; 6,2% in 2012), anders dan de crisiscentra

4 Belgisch Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving

5 Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid-Institut Scientifique de Santé Publique

6 Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering

TABEL 1. NATIONALITEITEN IN DE DRUGHULPVERLENING PER TYPE EN GEWEST, EN BEVOLKINGSSTATISTIEKEN PER NATIONALITEIT

	Belgen en niet-Belgen (EU-lid of niet-EU-lid) in drughulpverlening per regio en type hulpverlening															
	België				Vlaams Gewest				Waals Gewest				Brussels-Hoofdstedelijk Gewest			
	MSOC*	Dag	TG	Crisis	MSOC	Dag	TG	Crisis	MSOC	Dag	TG	Crisis	MSOC	Dag	TG	Crisis
	<b>2012</b>															
Belg	-	-	-	-	84,00%	93,90%	98,20%	96,50%	78,20%	93,80%	88,50%	84,90%	28,00%	79,70%	79,80%	81,10%
Niet-Belg, EU	-	-	-	-	5,50%	2,00%	0,90%	0,90%	6,90%	2,50%	6,70%	6,70%	37,60%	10,90%	4,30%	4,10%
Niet-Belg, niet-EU	-	-	-	-	10,50%	4,10%	0,90%	2,60%	14,90%	3,70%	4,80%	8,40%	34,40%	9,40%	15,90%	14,80%
	<b>2013</b>															
Belg	-	-	-	-	82,1%	94,7%	97,8%	94,2%	81,8%	96,1%	91,3%	83,3%	31,7%	78,4%	71,9%	74,50%
Niet-Belg, EU	-	-	-	-	5,8%	1,4%	1,8%	1,5%	6,4%	0,6%	4,7%	8,1%	27,6%	11,9%	12,3%	16,60%
Niet-Belg, niet-EU	-	-	-	-	12,1%	3,9%	0,4%	4,3%	11,8%	3,3%	4,0%	8,8%	40,7%	9,7%	15,8%	14,90%

Bevolkingsstatistieken België

	België			Vlaams Gewest			Waals Gewest			Brussels-Hoofdstedelijk Gewest		
	2012	2013	2013	2012	2013	2013	2012	2013	2012	2013	2013	
Belg	89,40%	89,20%	89,20%	92,90%	92,70%	92,70%	90,30%	90,30%	67,40%	66,90%	66,90%	
Niet Belg, EU lid	7,00%	7,30%	7,30%	4,50%	4,70%	4,70%	7,30%	7,30%	20,50%	21,40%	21,40%	
Niet Belg, Niet-EU lid	3,60%	3,50%	3,50%	2,70%	2,70%	2,70%	2,40%	2,40%	12,00%	11,60%	11,60%	

\* 'MSOC' staat voor medisch-sociaal opvangcentrum, 'Dag' voor dagcentrum, 'TG' voor therapeutische gemeenschap en 'Crisis' voor crisisopvang.

waar niet-Belgen opnieuw een groot deel (15%) van de cliënten vormen. De gegevens met betrekking tot therapeutische gemeenschappen demonstreren in 2012 een lichte oververtegenwoordiging (11,5% ten opzicht van 9,7%), maar duiken in 2013 net onder hun gemiddelde representatie (8,7%).

In het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest is de oververtegenwoordiging van niet-Belgen binnen de MSOC onmiskenbaar: 72% in 2012 en 68,3% in 2013 van het MSOC cliënteel heeft een andere nationaliteit dan de Belgische. Rekening houdende met de algemene bevolkingsstatistieken die een vertegenwoordiging tonen van 32.5% niet-Belgen, is dit bijzonder interessant. In de andere types van drughulpverlening wordt een omgekeerde trend zichtbaar. In 2013, maar zeker in 2012, vinden substantieel minder niet-Belgen toegang tot dagcentra (20,3% in 2012; 20,6% in 2013), residentiële centra (20,2% in 2012; 28,1% in 2013) of crisisopvang (18,9% in 2012; 31,5% in 2013).

Ten slotte zien we in het Waalse en Brussels-Hoofdstedelijk gewest, gelijklopend met het Vlaamse gewest, dubbel zoveel niet-Belgen met een nationaliteit buiten de Europese Unie, dan niet-Belgen met een nationaliteit binnen de Europese Unie.

### **3.2. Tussentijdse conclusie**

We kunnen aan de hand van de bovenstaande analyse twee zaken constateren.

Een eerste vaststelling is de overheersende trend van een oververtegenwoordiging van niet-Belgen in de MSOC vergeleken bij hun ondervertegenwoordiging in andere types van drughulpverlening in de jaren 2012 en 2013. Wanneer we de jaarrapporten van de Belgische drughulpverlening in de jaren 2012 en 2013 vergelijken met de algemene bevolkingsstatistieken (STATISTICS BELGIUM, 2013, 2014), zien we binnen de MSOC dubbel zoveel niet-Belgen als niet-Belgen vertegenwoordigd in de algemene populatie. Uitgezonderd in de Waalse residentiële en crisiscentra, zien we in de andere types drughulpverlening daarentegen een ondervertegenwoordiging van het aantal niet-Belgen. Een opvallende onderrepresentatie herkennen we bijvoorbeeld in de Vlaamse therapeutische gemeenschappen die opvallend lager is dan de vertegenwoordiging van deze groep binnen de algemene bevolking. De beduidende aanwezigheid van niet-Belgen in de MSOC lijkt aan te geven dat zij makkelijker toegang vinden tot een laagdrempelige vorm van hulpverlening, terwijl ze minder doorstromen in hulpverlening die zich verder op het continuüm bevindt (i.e. residentiële en crisiscentra). Opvallend blijft echter de vaststelling dat ambulante centra, hoewel laagdrempelig, een – in Vlaanderen relatieve en in Wallonië en Brussel uitgesproken – lage instroom van niet-Belgen binnen hun voorzieningen zien.

Een tweede vaststelling is dat de groep niet-Belgische cliënten met een niet EU-nationaliteit een grote meerderheid vormen in vergelijking met niet-Belgen met EU-nationaliteit. Uitzonderingen hierop vormen de residentiële setting in het Vlaamse Gewest en de MSOC en dagcentra in Brussel. In de algemene bevolkingsstatistieken betreffende nationaliteit zien we binnen de groep niet-Belgen (ruim) dubbel zo veel EU-burgers dan niet EU-burgers (vb. 4.5% EU-burgers in Vlaanderen in 2012; 2.7% niet EU-burgers in Vlaanderen in 2012). De discrepantie tussen niet-Belgen binnen de EU en niet-Belgen buiten de EU is een verrassende vaststelling.

Deze kwantitatieve resultaten roepen diverse vragen op. Waarom zien we niet-Belgen meer vertegenwoordigd binnen MSOC en minder in andere types van drughulpverlening? Zijn er bepaalde hinderpalen waardoor zij niet doorstromen tot diverse types van hulpverlening? En hoe komt het dat EU-burgers minder vertegenwoordigd zijn vergeleken met niet-EU-burgers?

In een tweede, kwalitatieve luik trachten we deze kwantitatieve resultaten verder uit te diepen.

#### 4. KWALITATIEF ONDERZOEKSLUIK: PROFESSIONELE EXPERTEN AAN HET WOORD

Volgend op de kwantitatieve bevindingen, werden kwalitatieve interviews uitgevoerd met professionele drughulpverleners uit het Oost-Vlaamse zorgcircuit. Het doel van deze interviews was na te gaan hoe professionals vanuit het hulpverleningsperspectief de vertegenwoordiging en instroom van migranten en etnische minderheden verklaren, en de barrières te verkennen die migranten en etnische minderheden in de Oost-Vlaamse drughulpverleningscentra kunnen ondervinden doorheen alle fases van hun hulpverleningstraject.

##### 4.1. Instroom van migranten en etnische minderheden in de Oost-Vlaamse drughulpverlening

Het kwantitatieve luik geeft aan dat in het Vlaamse Gewest niet-Belgen vooral talrijk aanwezig zijn in de MSOC en minder vertegenwoordigd zijn in de andere types van drughulpverlening. Personen met een andere nationaliteit dan de Belgische, lijken echter weinig terecht te komen binnen de Vlaamse crisis- en residentiële centra. Daarbij ondervinden ook de ambulante centra een ondervertegenwoordiging, al is die minder uitgesproken.

Wanneer deze resultaten werden voorgelegd aan de respondenten, benadrukte elke expert dat er slechts een beperkte aanwezigheid van migranten en etnische minderheden was binnen hun voorziening. Ook de hulpverleners binnen het MSOC duiden op een geringe vertegenwoordiging van migranten en etnische minderheden, terwijl de input van de kwantitatieve data aangeeft dat zij net heel aanwezig zijn binnen de MSOC. Bij verdere navraag binnen de MSOC bleken migranten en etnische minderheden echter vooral gebruik te maken van de consultatie bij de dokter en de medische begeleiding die de MSOC aanbieden, zonder daarbij in te gaan op de (vrijwillige) psychosociale begeleiding. Experts geven aan dat dit kan geplaatst worden in het licht van het taboe rond druggebruik binnen bepaalde gemeenschappen:

*“En vooral allochtonen zien hun behandeling meestal als een medische behandeling. (...) Er zijn heel veel taboes rond en als het kan opgevangen worden door in begeleiding te zijn bij een dokter, dan wordt dat beter geaccepteerd. Ook naar buitenwereld en ouders toe.”* (respondent MSOC)

De moeilijke toestroom tot residentiële voorzieningen (zowel bij langdurige als kortdurende programma's), wijten respondenten aan een gebrek aan vertrouwen in het type voorziening, grotendeels in de hand gewerkt door de grote onbekendheid en de hoogdrempeligheid van het aanbod. Daarenboven schrijven ze een deel van de ondervertegenwoordiging toe aan het feit dat migranten en etnische minderheden zich minder thuis voelen, net omwille van de lage vertegenwoordiging van deze groep binnen de centra.

*“Ze voelen zich daar [in een residentiële setting] ook veel meer een minderheid.”* (Respondent MSOC)

In de verschillende interviews kwam naar voor dat instroom in de hulpverlening vaak wordt bemoeilijkt door de aanwezigheid van een aantal barrières. De onbekendheid van het aanbod of (de perceptie van) discriminatie spelen daar een rol in. Verschillende studies bevestigen deze 'vrees voor het onbekende' of het ontbreken van kennis over het hulpverleningsaanbod (EL OSRI *et al.*, 2011; MASSON *et al.*, 2013; REID *et al.*, 2001; SANNEN, 2003). De onbekendheid van het aanbod is evenwel een barrière die personen zonder migratieachtergrond



ook ondervinden (SANNEN, 2003). De ‘vrees’ is volgens respondenten ook groter naarmate de hulpverlening ingrijpender wordt.

*“Wat is een TG (Therapeutische Gemeenschap), da’s al moeilijk uit te leggen aan iemand zonder migratieachtergrond, maar leg dat eens uit aan iemand met andere afkomst. (...) Da’s opsluiten hé voor hen”* (respondent ambulante centra)

Bijkomend beïnvloedt (de perceptie van) discriminatie door zowel de hulpverlener als andere cliënten, het vertrouwen van migranten en etnische minderheden in de hulpverlening. Dit creëert immers negatieve verwachtingen over het behandelingsprogramma en draagt bij tot het wantrouwen in ‘Westerse’ hulpverlening zoals ook in de literatuur wordt aangegeven (BURGESS *et al.*, 2008; HAUSMANN *et al.*, 2008; REN *et al.*, 1998). Respondenten wezen bovendien op administratieve discriminatie als een barrière op zich (BURGESS *et al.*, 2008; HAUSMANN *et al.*, 2008; REN *et al.*, 1998), die het meest tot uiting komt in de ingewikkelde, niet gecentraliseerde administratieve beslissingen. Administratief in orde zijn, vormt echter vaak een voorwaarde om met begeleiding of behandeling te starten, wat de toegankelijkheid van bepaalde voorzieningen niet bevordert (DE KOCK *et al.*, 2016; SCHEPPERS *et al.*, 2006). Binnen de MSOC (en in mindere mate in ambulante centra) wordt niet vereist met de ziekteverzekering in orde te zijn, wat bijdraagt aan de laagdrempeligheid van de voorziening.

*“Wat bijkomend ook nog een probleem is, is dat voor al die centra moet je in orde zijn met je mutualiteit é. Da’s een reden ook waarom MSOC er zoveel meer hebben. Die hebben reeds die medische begeleiding.”* (respondent ambulante centra)

Tot slot geven respondenten ook culturele contrasten aan als rem op de instroom in de drughulpverlening. Deze vereenzelvigen zich in een zeker gebruikerstaboec en complementair hieraan, een verlaagde tolerantie ten aanzien van middelengebruik binnen een bepaalde gemeenschap. Schaamte of angst om de hele familie ten schande te brengen, zijn vaak factoren die het verbergen of minimaliseren van overmatig middelengebruik aanmoedigen (MASSON *et al.*, 2013; SANNEN, 2003). Voorgaande studies geven ook aan dat deze twee aspecten (zijnde het gebruikerstaboec en de tolerantie binnen gemeenschappen) elkaar versterken (DE KOCK *et al.*, 2016; GARY, 2005).

#### **4.2. Barrières in het hulpverleningstraject van migranten en etnische minderheden in de Oost-Vlaamse drughulpverlening**

Verskillende respondenten geven aan dat ook tijdens het behandelingstraject diverse barrières een parcours kunnen compliceren. Deze barrières hebben op hun beurt dan weer uitwerking op de afloop van het hulpverleningstraject.

De taalbarrière wordt in deze context unaniem naar voor geschoven door de respondenten. Ook in de literatuur werd deze barrière uitvoerig aangehaald (DERLUYN *et al.*, 2008; MASSON *et al.*, 2013; SANNEN, 2003; SCHEPPERS *et al.*, 2006; VAN DE PUTTE & CLEMENT, 2003). Het niet beheersen van de Nederlandse, of bij uitbreiding de Franse en Engelse taal, heeft niet alleen communicatieve gevolgen, maar toont ook weerslag op het vlak van organisatie. Daarbij blijkt een tolk niet steeds een passend antwoord te kunnen bieden omwille van uiteenlopende redenen: het maakt een gesprek stroever, een tolk is slechts mogelijk op afspraak, het gesprek ontbreekt van aan taalgevoeligheid (emotionele taal), of de tolk is een bekende binnen de gemeenschap.

*Vaak kennen ze hun tolk. En dat maakt dat ze al geremd zijn om te praten. (...) Zeker als het gaat over druggebruik.* (respondent MSOC)

Naast de taal, komen ook hier culturele contrasten aan bod, waarbij de integratie van verschillende referentiekaders voor personen met migratieachtergrond, een traditionele man-vrouwopvatting en het gebrek aan culturele gevoeligheid bij voorzieningen en hulpverleners de behandeling binnen de drughulpverlening bemoeilijken. De moeilijke integratie van de verschillende integratiekaders komt ook in de literatuur aan bod (DERLUYN *et al.*, 2008) die aangeeft dat men als het ware ‘tussen twee werelden’ leeft en de mate van integratie hiervan een beschermende dan wel een risicofactor vormt (CASTRO & ALARCÓN, 2002; GONZÁLEZ CASTRO & GARFINKLE, 2003).

Bij het verlaten van de voorziening vormt re-integratie, hoewel een belangrijke stap in het herstelproces van een behandeling in de drughulpverlening, vaak een grotere uitdaging voor migranten en etnische minderheden. Dit is verbonden aan het stigma dat op druggebruikers – ook degene in herstel – rust, in cumulatie met hun minderheidsstatus (GARY, 2005). Vaak is integratie voor migranten en etnische minderheden reeds problematisch, waarbij de drugproblematiek een extra obstakel kan vormen. Deze barrière uit zich concreet in moeilijkheden in het zoeken naar een huisvesting of werk, waarbij men vaak te maken krijgt met vormen van discriminatie en wantrouwen (TIEBERGHIE & DECORTE, 2011).

*“Ik ken ook geen methodieken in het zoeken naar werk voor een Turkse patiënt. Bel eens 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)

Migranten en etnische minderheden zijn met andere woorden, vanwege hun migratieachtergrond, kwetsbaarder dan de etnische meerderheid om met deze problematieken in contact te komen (GALEA & VLAHOV, 2002).

### **4.3. Afsluitende bedenkingen**

Wat verschillende experts aanbrachten, was de grote differentiatie tussen individuen die door de meerderheid van de bevolking worden aanzien als personen met een migratieachtergrond en etnische minderheden. Dit leidt ertoe dat barrières niet kunnen veralgemeend worden naar ‘de’ groep van migranten en etnische minderheden.

*“Ik denk niet dat je kan zeggen van ‘in die culturele groep zit dat zo.’”* (respondent MSOC)

Bijkomend blijkt een groot deel van de barrières die in verband werden gebracht met personen met migratieachtergrond niet uitsluitend te gelden voor hen, maar ook voor mensen zonder migratieachtergrond.

*“Maar evengoed é, heb je ‘t zelfde gesprek met een Vlaamse man, die nog geen enkele ervaring heeft met hulpverlening.”* (respondent CGG)

Het valt de respondenten echter op dat personen met migratieachtergrond vaak (maar niet altijd) kwetsbaarder zijn voor deze problematieken (discriminatie, wantrouwen, re-integra-

tie, huisvesting, werkloosheid, enz.), een kwetsbaarheid die ook andere studies aangeven (HAUSPIE *et al.*, 2010).

*“Ik denk dat de problematieken in se het zelfde zijn (tussen personen met en zonder migratieachtergrond), qua wantrouwen en zo. Maar ik ben er van overtuigd dat dat allemaal veel sterker tot uiting komt bij mensen van een andere origine.”* (respondent ambulante zorg)

## 5. DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Niettegenstaande een toenemende interesse in Belgisch onderzoek naar migranten en etnische minderheden in de drughulpverlening, blijft onze kennis ter zake beperkt. Bestaande studies zijn vaak verkennend van aard en focussen veelal op de (barrières in de) toegankelijkheid van het aanbod. Dit onderzoek tracht een bijdrage te leveren aan de bestaande kennis door een beschrijvend kwantitatief beeld te schetsen van de Belgische drughulpverlening. Daarbij worden onder meer geografische contrasten en verschillen tussen types van hulpverlening in kaart gebracht. De meerwaarde van dit luik ligt in het inzicht in de huidige stand van zaken. Daarnaast draagt dit artikel ook bij door een kwalitatieve verkenning van de kwantitatieve beschrijving, waarbij alle fases van het hulpverleningstraject werden betrokken. Op deze manier trachten we het interculturaliseringsvraagstuk in de drughulpverlening niet te verenigen tot een toegankelijkheidsdebat, maar ook de moeilijkheden waarmee migranten en etnische minderheden geconfronteerd worden tijdens een hulpverleningstraject, te duiden (PIESSENS *et al.*, 2004). In het verkennend kwantitatief luik focusten we op de instroom. In het kwalitatieve luik werden deze kwantitatieve gegevens rond instroom gekaderd en aanvullend werden ook de fasen ‘behandeling/doorstroom’ en ‘uitstroom’ verkend.

Het kwantitatieve luik had tot doel een beschrijvend zicht te geven op de instroom van niet-Belgen in de Belgische drughulpverlening op basis van de variabele ‘nationaliteit’. Zoals eerder aangehaald, is deze variabele de enige betrouwbare variabele die consequent en eenduidig wordt geregistreerd op nationaal niveau om zicht te krijgen op onze doelgroep. De eerste vaststelling uit het kwantitatieve luik heeft betrekking op de instroom van niet-Belgen binnen of buiten de Europese Unie in de Belgische drughulpverlening. Uit de bevolkingsgegevens blijkt dat personen met een EU-nationaliteit het merendeel van de niet-Belgen vertegenwoordigen. Dit vinden we niet terug in de drughulpverlening. De groep niet-Belgen buiten de Europese Unie vinden dubbel zo vaak toegang tot de Belgische drughulpverlening dan personen met een nationaliteit binnen de Europese Unie, met uitzondering van de Brusselse dagcentra en de Vlaamse therapeutische gemeenschappen. Het blijft hier voornamelijk gissen naar redenen en verder empirisch onderzoek is dan ook vereist.

Een tweede vaststelling betreft de instroom van niet-Belgen in de verschillende types van hulpverlening. De kwantitatieve analyse toont een oververtegenwoordiging van niet-Belgen in alle MSOC, zowel in het Vlaamse, Waalse als Brussels-Hoofdstedelijk gewest. Absolute uitschieter hier is het Brussels-Hoofdstedelijk gewest, waar maar liefst meer dan 2/3 van de cliënten een andere nationaliteit heeft dan de Belgische nationaliteit. Op enkele uitzonderingen na, namelijk de crisiscentra en therapeutische gemeenschappen (2012) in het Waalse gewest, zien we binnen andere types van drughulpverlening echter een significante ondervertegenwoordiging van deze groep niet-Belgen. Zo blijken in het Vlaamse gewest niet-Belgen zelden door te stromen naar residentiële vormen van drughulpverlening. Deze

ondervertegenwoordiging werd ook vastgesteld in eerder onderzoek (DERLUYN *et al.*, 2008; VANDEVELDE *et al.*, 2000). In het Waalse gewest lijken de ambulante centra met een onderrepresentatie van de groep niet-Belgen te kampen te hebben, in tegenstelling tot de Waalse residentiële centra, die minder worstelt met een ondervertegenwoordiging van niet-Belgen.

Eerder Belgisch onderzoek geeft geen ondervertegenwoordiging van migranten en etnische minderheden aan, met uitzondering van de residentiële centra (DERLUYN *et al.* 2008). Deze bijdrage lijkt het laatste te bevestigen, maar toont eveneens een ondervertegenwoordiging aan in andere types van hulpverlening. Rekening houdend met de input uit het kwantitatieve luik gaven respondenten uit het Oost-Vlaamse zorgcircuit verschillende elementen aan die de instroom in de drughulpverlening kunnen beïnvloeden. Een oververtegenwoordiging van migranten en etnische minderheden in de MSOC bleek op de eerste plaats in verband te kunnen worden gebracht met de medische begeleiding die de MSOC aanbieden. In de (vrijwillige) psychosociale begeleiding binnen de MSOC bereikt men namelijk veel minder migranten en etnische minderheden. Dit lijkt de eerder medische benadering van probleemgebruik, die zowel de respondenten uit dit kwalitatieve luik aanhalen, als de literatuur (HILDERINK *et al.*, 2009; SANNEN, 2003; SCHEPPERS *et al.*, 2006) te beamen. Recent onderzoek (DE KOCK *et al.*, 2017b) vermeldt echter dat gebruikers met een Oost-Europese migratieachtergrond wel op zoek zijn naar psychosociale ondersteuning, wat kan wijzen op interne verschillen binnen de groep migranten en etnische minderheden. De laagdrempeligheid van dit type voorziening, onder meer doordat men ook zonder ziekteverzekering een vorm van hulpverlening kan krijgen, draagt volgens onze bevindingen ook bij aan de toegankelijkheid. Hiertegenover staan de Vlaamse residentiële centra die een gering aantal migranten en etnische minderheden vertegenwoordigd zien binnen hun voorzieningen. In lijn met bevindingen uit eerder onderzoek, brengt deze bijdrage dit in verband met de grote onbekendheid van het aanbod, dat een zeker wantrouwen in de hand werkt (DE KOCK *et al.*, 2017b; EL OSRI *et al.*, 2011; SANNEN, 2003). Ook de discriminatie door zowel cliënten als hulpverleners, wat in een residentiële setting sterker doorweegt, werd aangehaald (BURGESS *et al.*, 2008; HAUSMANN *et al.*, 2008; REN *et al.*, 1998). Verschillende studies beamen tevens dat migranten en etnische minderheden vaak een lagere sociaaleconomische status hebben, die in interactie met racisme en discriminatie door een voorziening, de toegang tot (MCGUIRE & MIRANDA, 2008; DE KOCK *et al.*, 2016), maar evengoed het vervolledigen van een behandeling, bemoeilijken (MCGUIRE & MIRANDA, 2008; SALONER & LE COOK, 2013; WILLIAMS, 1999). In het licht van de bovenstaande bevindingen, verrast het dan ook dat binnen de Waalse ambulante centra een ondervertegenwoordiging zo uitgesproken is, terwijl de residentiële setting beïnvloedend meer migranten en etnische minderheden gerepresenteerd ziet. Toekomstig onderzoek is vereist om deze afwijkingen te duiden.

Dit onderzoek identificeerde toekomstig ook enkele barrières die zowel de instroom van migranten en etnische minderheden, als het hulpverleningstraject en de uitstroom uit een bepaald programma bemoeilijken. Onderlinge verschillen tussen migranten en etnische minderheden zijn hier geen uitzondering. Deze barrières zijn ook vaak verweven met elkaar en gedeeltelijk gelijklopend met barrières die andere kwetsbare gebruikersgroepen ervaren zoals stigma en administratieve barrières. Ze dienen dus niet los van elkaar te worden gezien en breder te worden gekaderd in de barrières die andere kwetsbare gebruikersgroepen ervaren (SANNEN, 2003). Terugkomend op het theoretische kader pleit dit voor een eerder inclusieve benadering van cultuur, waarbij cliënten als het ware deel uit maken van verschillende culturele groepen en eigen referentiekaders het verschil maken (Gielen, 2003; PIESSENS *et al.*, 2004). De ondervertegenwoordiging van migranten en etnische minderheden in bepaalde types van hulpverlening tonen aan dat bijzondere aandacht vereist is naar onder meer de risicofactoren die een hulpverleningstraject hinderen. Uit deze bijdrage blijkt dat

deze breder dienen te worden gezocht dan louter de migratieachtergrond, net omdat ook grote onderlinge verschillen bestaan tussen migranten en etnische minderheden die tot eenzelfde groep behoren.

Op basis van deze bijdrage kunnen we enkele aanbevelingen formuleren voor registratie van gegevens rond migratie en etniciteit, alsmede naar de praktijk en verder onderzoek toe.

De cijfergegevens uit de jaarrapporten benadrukken het belang van gegevensverzameling omtrent migranten en etnische minderheden in de drughulpverlening. De beperkingen die de variabele 'nationaliteit' genereert, bewijst de meerwaarde van een systematische registratie van deze gegevens om een duidelijk beeld over de trends en vertegenwoordiging, of met uitbreiding in- en uitstroom van migranten en etnische minderheden, te scheppen. Dit zou niet alleen in de Belgische drughulpverlening van pas komen, maar breder genomen ook in de volledige gezondheidszorg (DE KOCK *et al.*, 2016; DERLUYN *et al.*, 2011). Op die manier kan ook stelselmatig worden geanalyseerd in welke mate een bepaalde structurele aanpak effectief een uitwerking heeft, wat interessant kan zijn voor evaluatieonderzoek. Er is eveneens nood aan verder onderzoek in verband met de bevindingen uit de jaarrapporten. De vaststelling waarbij meer niet-Belgen met een nationaliteit van buiten de EU vertegenwoordigd zijn in de statistieken, is in het licht van de huidige intra-Europese migratiestromen op zijn minst merkwaardig. Ten slotte is ook onderzoek dat vertrekt van de perceptie van migranten en etnische minderheden cruciaal. Zij zijn immers het best geplaatst om hun concrete noden en behoeften te duiden. Het betrekken van een hulpverleningsperspectief biedt echter een meerwaarde en interessante aanvulling, onder meer doordat deze de randvoorwaarden helpt creëren waarbinnen een goed hulpverleningstraject kan worden ontwikkeld.

## 6. BEPERKINGEN

De resultaten uit deze studie kennen enkele beperkingen. Deze liggen onder meer in de definiëring van 'migrant en etnische minderheden'. De pluraliteit en diversiteit binnen de groep zorgt ervoor dat geen generalisatie mogelijk is van migranten en etnische minderheden (DE KOCK *et al.*, 2017a; ESCOBAR & VEGA, 2006; SANNEN, 2003). Het kwantificeren en veralgemenen van 'de barrières' van 'de migranten en etnische minderheden' was evenwel niet het doel 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.

De beperkingen van het kwantitatief luik liggen in het feit dat enkel voorzieningen met een RIZIV conventie werden betrokken, wat niet de volledige, Belgische drughulpverlening beslaat. Bovendien werd op nationaliteit gefocust en niet op migratieachtergrond en etniciteit, wat voor een gedeeltelijke onderschatting van de groep zorgt. Nationaliteit was echter de enige variabele die een zicht kon bieden op de groep migranten en etnische minderheden in deze studie. Het kwalitatieve luik kent daarnaast ook een beperking in het feit dat enkel experts werden bevraagd en niet de doelgroep. We moeten erkennen dat de opinie van drughulpverleners vaak een herhaling is van hoe de problematiek wordt gekaderd in het beroepsleven en dat dit perspectief niet steeds overeenstemt met de visie van personen die tot de doelgroep behoren.

## REFERENTIES

### Literatuur

- AGIRDAG, O., VANHOUTTE, M., VAN AVERMAET, P., & MAHIEU, P. (2011). De impact van sociaaleconomische en etnische afkomst van de leerlingen en de impact van samenstelling van het leerlingepubliek van scholen op de wiskundeprestaties. *Schoolleiding en -begeleiding: school en samenleving*, 27(11), 49-61.
- 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>
- BOONE, S., & VANHOUTTE, M. (2014). Vroege Oriëntering: bron van ongelijkheid. In I. NICAISE (Ed.), *Het onderwijsdebat*. Antwerpen: EPO, 145-160.
- 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.
- 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.
- CUTTER, S. L., BORUFF, B. J., & SHIRLEY, W. L. (2003). Social vulnerability to environmental hazards. *Social science quarterly*, 84(2), 242-261.
- DE KOCK, C., DECORTE, T., SCHAMP, J., VANDERPLASSCHEN, W., HAUSPIE, B., DERLUYN, I., ... JACOBS, D. (2016). *Substance use among people with a migration background: a community-based participatory research study*. Antwerpen: Garant.
- DE KOCK, C., DECORTE, T., VANDERPLASSCHEN, W., DERLUYN, I., & SACCO, M. (2017a). Studying ethnicity, problem substance use and treatment: From epidemiology to social change. *Drugs: education, prevention and policy*, 1-11.
- DE KOCK, C., SCHAMP, J., VANDERPLASSCHEN, W., DECORTE, T., DERLUYN, I., & HAUSPIE, B. (2017b). Implementing Community Based Participatory Research in the study of substance use and service utilization in Eastern European and Turkish communities in Belgium. *Drugs: education, prevention & policy*, (in press).
- DERLUYN, I., LORANT, V., DAUVVIN, M., COUNE, I., & VERREPT, H. (2011). *Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbevelingen van de EHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden*.
- 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 le traitement des problèmes de drogues*. Gent: Academia Press.
- EL OSRI, M., HAUSER, E., STEVENS, P., SWINNEN, C., & BERDAI, S. (2011). *Antwerpse drughulpverlening: een optie voor de ECM-druggebruiker*.
- 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.
- FOUNTAIN, J., & HICKS, J. (2010). *Delivering race equality in mental health care: report on the findings and outcomes of the community engagement programme 2005-2008*.
- GALEA, S., & VLAHOV, D. (2002). Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public health reports*, 117(Suppl 1), S135.

- GARY, F. A. (2005). Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues in mental health nursing*, 26(10), 979-999.
- GIELEN, G. (2003). *Interculturele hulpverlening*. Mechelen: Kluwer.
- GONZÁLEZ 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.
- 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.
- HAUSPIE, B., VETTENBURG, N., & ROOSE, R. (2010). Vooronderzoek kenmerken en hulp-en dienstverleningsbehoeften van maatschappelijk kwetsbare jongvolwassenen.
- 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*.
- LODEWIJCKX, E. (2014). Ouderen van vreemde herkomst anno 2011: Een korte demografische schets. In C. DE KOCK, E. VENS, & C. VAN KERCKHOVE (Eds.), *Ouder worden in een veranderende samenleving*. Antwerpen: Garant, 77-94.
- LODEWIJCKX, I., JANSSENS, A., YSABIE, P., & TIMMERMAN, C. (2005). *Allochtone en Autochtone jongeren met psychische problemen en gedragsproblemen: verschillende trajecten naar de hulpverlening?*
- MARSELLA, A. J., & WHITE, G. (2012). *Cultural conceptions of mental health and therapy* (Vol. 4): Springer Science & Business Media.
- 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.
- MCGUIRE, T. G., & MIRANDA, J. (2008). New evidence regarding racial and ethnic disparities in mental health: Policy implications. *Health Affairs*, 27(2), 393-403.
- OTINIANO VERISSIMO, A. D., GRELLA, C. E., AMARO, H., & GEE, G. C. (2014). Discrimination and substance use disorders among Latinos: the role of gender, nativity, and ethnicity. *American journal of public health*, 104(8), 1421-1428.
- PIESSENS, A., SINNAEVE, I., & SUIJS, S. (2004). Interculturalisering van het (algemeen) welzijnswerk: Het paard van Troje? *WelzijnsGids*, 55.
- REID, C., AITKEN, L., BEYER, N., & CROFTS, G. (2001). Ethnic communities' vulnerability to involvement with illicit drugs. *Drugs: education, prevention and policy*, 8(4), 359-374.
- 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.
- REN, X. S., AMICK, B. C., & WILLIAMS, D. R. (1998). Racial/ethnic disparities in health: the interplay between discrimination and socioeconomic status. *Ethnicity & disease*, 9(2), 151-165.
- ROOM, R. (2006). Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria. *Addiction*, 101(s1), 31-39.
- 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.

- SAVAGE, J. E., & MEZUK, B. (2014). Psychosocial and contextual determinants of alcohol and drug use disorders in the National Latino and Asian American Study. *Drugs and alcohol dependence*, 139, 71-78.
- 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. (2013). *Bevolking per nationaliteit (2012)*.
- STATISTICS BELGIUM. (2014). *Bevolking per nationaliteit (2013)*.
- SUIJKERBUIJK, H. (2014). *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*. Waterloo: Wolters Kluwer Belgium SA.
- TEDDLIE, C., & YU, F. (2007). Mixed methods sampling: A typology with examples. *Journal of mixed methods research*, 1(1), 77-100.
- TIEBERGHIEN, J., & DECORTE, T. (2011). Geen dak boven je hoofd? *Verslaving*, 7(4), 30-39.
- TJADEN, B. R. (2004). *De invloed van etniciteit, waarden en normen en behandelvisie op de klinische behandeling van verslaafden*. (PhD), UvA.
- 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).
- VANDEVELDE, S., VANDERPLASSCHEN, W., & BROEKAERT, E. (2000). *Drughulpverlening aan allochtonen: een exploratief onderzoek naar methodieken bij de begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening*.
- 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.
- VERHAEGHE, P.-P., VAN DER BRACHT, K., & VAN DE PUTTE, B. (2015). Inequalities in social capital and their longitudinal effects on the labour market entry. *Social Networks*, 40, 174-184.
- VERSCHELDEN, G., & VAN EWIJK, H. (2008). *Cultuur beleven tussen generaties*.
- VERSTRAETE, G. (1999). *Towards the interculturalisation of welfare work*, Gent: University of Gent, Steunpunt Intercultureel Onderwijs.
- VERTOVEC, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and racial studies*, 30(6), 1024-1054.
- WILLIAMS, D. R. (1999). Race, socioeconomic status, and health the added effects of racism and discrimination. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 173-188.

## Wetgeving

Wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer (1992), art. 6, §2.