KU LEUVEN

Faculteit Sociale Wetenschappen

Recht op Dringende Medische Hulp voor mensen zonder wettig verblijf in eerstelijnszone Leuven

Mogelijkheid tot uitrol van een medische kaart

Laure De Cooman

R0903674

Masterproef aageboden tot het behalen van de graad

MASTER IN DE SOCIOLOGIE

Promotor: Prof. Dr. Koen Hermans

Verslaggever: Thalissa Renders

Dagelijkse begeleider: Marie-Lise Nédée

Academiejaar: 2024-2025

Word count: 25478

Dankwoord

Deze dissertatie heeft mijn passie doen blootleggen en uitgedaagd. Niet alleen legde ik mooie contacten met mensen ook kreeg ik de opportuniteit om mogelijke oplossingen samen te brengen die een impact kunnen hebben op mensen hun levens. De mogelijkheid om deze problemen aan te kaarten in mijn werk is een opportuniteit die ik voor heel lang zal koesteren. Hiervoor wil ik graag mijn promotor, professor Hermans, bedanken. Hij hielp waar nodig en bood mij nieuwe inzichten aan. Evenzeer heeft mijn assessor, drs Marie-Lise Nédée mij ondersteund door onder andere mij te begeleiden, mij juiste perspectieven aan te bieden en mij moed te geven. Zij heeft ervoor gezorgd dat ik dit werk met trots kon afwerken. Ik zou ook graag de Wetenschapswinkel willen bedanken om mij te verbinden met dit interessante onderwerp en de vergaderingen te faciliteren. Eveneens ben ik VZW Recht op Migratie zeer dankbaar, voornamelijk Katleen van Impe voor het aanvragen van dit thema en haar passie en kennis omtrent dit onderwerp te delen met mij. Ook mijn respondenten en de werkgroep gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf wil ik bedanken voor hun interesse om de gezondheidszorgen voor mensen zonder wettig verblijf te willen verbeteren. Bovendien zou ik zonder hen niet de problemen en mogelijke oplossingen binnen eerstelijnszone Leuven gevonden kunnen hebben. Ik zou graag mijn vrienden willen bedanken voor het geven van goede moed. Tot slot ben ik zeer dankbaar naar mijn ouders en vriend voor mij te helpen wanneer ik vastzat, mij bij te staan in moeilijkere momenten en volop in mij te geloven. Dank jullie allemaal!

Abstract

Een hedendaags probleem in onze maatschappij is de moeilijke toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf. De dringende medische hulp procedure, waar mensen zonder wettig verblijf recht op hebben, kan verschillen per OCMW, wat maakt dat elk OCMW kampt met unieke problemen. Binnen eerstelijnszone Leuven wordt de huidige situatie, problematieken en barrières onderzocht. Deze problemen worden theoretisch aangepakt binnen deze dissertatie door het zoeken naar methoden om de procedure van dringende medische hulp binnen het OCMW te verbeteren. Een mogelijke optie is de medische kaart zoals die werkzaam is in de OCMW's van Gent en Oostende. Verder onderzoekt deze studie de beslissingen die nodig zijn om de medische kaart te implementeren, welke factoren de implementatie belemmeren en faciliteren en welke informatie de betrokkenen nood aan hebben. Tot slot wordt er ook gekeken naar andere mogelijke oplossingen om de procedure van dringende medische hulp binnen eerstelijnszone Leuven te verbeteren.

De gegevens worden verzameld aan de hand van diepte-interviews (gecodeerd) binnen eerstelijnszone Leuven, Gent en Oostende tussen december 2024 en mei 2025. De respondenten zijn gemeenschapshelpers, sociaal zorgverleners, medewerkers van een overheidsinstantie, een apotheker en een expert in mensenrechten. Twee implementatiekaders, de TICD-checklist (Flottorp et al., 2013) en de CFIR-typologie (Damschroder et al., 2009), worden gebruikt om een volledig mogelijk beeld te verkrijgen van de beïnvloedende context in eerstelijnszone Leuven.

Uit dit onderzoek blijkt de medische kaart niet heel verschillend te zijn met de huidige situatie van betalingsverbintenissen in eerstelijnszone Leuven. Wel zou de medische kaart een opportuniteit kunnen bieden aan eerstelijnszone Leuven voor het langer verlenen van dringende medische hulp en het werken met een aparte afdeling voor de dringende medische hulp procedure. Evenzeer zou deze opportuniteit zich verder uitbreiden naar het meer verspreiden van informatie omtrent de hulpverlening, het hebben van een contactpersoon en het verlenen van meer proactieve zorgen.

Inhoudsopgave

1. Lijst van tabellen 5
2. Lijst van afkortingen 6
3. Probleemstelling en onderzoeksvraag 7
4. Literatuurstudie 10
4.1 Toegang tot gezondheidszorgen voor onderbediende bevolkingsgroepen 10
4.2 MZWV 11
4.2.1 Karakteristieken MZWV 11
4.2.2 Problemen voor MZWV 13
4.3 Toegang tot de gezondheidszorg via DMH 15
4.3.1 Regelgeving DMH 15
4.3.2 Het sociaal onderzoek binnen DMH 17
4.3.3 Pijnpunten van de DMH-procedure 19
4.3.3.1 Algemene pijnpunten DMH 19
4.3.3.2 Kandidatuur 19
4.3.3.3 Recursiviteit 20
4.3.3.4 Navigatie 21
4.3.3.5 Uniformiteit 22
4.3.3.6 Andere problemen DMH-procedure 22
4.3.4 Specifieke pijnpunten DMH-procedure Leuven 25
4.3.5 Inclusieve gezondheidszorg 27
4.3.5.1 Toegang tot gezondheidszorg verbeteren 27
4.3.5.2 Waarnemingsvermogen - Toegankelijkheid 27
4.3.5.3 Zoekvermogen – Aanvaardbaarheid 28
4.3.5.4 Bereikbaarheid – Beschikbaarheid en accommodatie 29
4.3.5.5 Betaalvermogen – Betaalbaarheid 30
4.3.5.6 Vermogen om te engageren – Gepastheid 30
4.3.5.7 MK als oplossing 31
4.3.6 DMH-procedure in verschillende steden 34
4.4 Implementatiekader 36
5. Verwachtingen onderzoek 38
6. Onderzoekstechnisch ontwerp 38
6.1 Methodologie 38
6.2 Onderzoekspopulatie en steekproefkader 40
6.3 Operationalisering 43
6.3.1 Interviews buiten ELZ Leuven 43
6.3.2 Interviews binnen ELZ Leuven 44
6.3.2.1 Implementatiekader van Flottorp en Damschroder 44

6.3.2.2 Aanvullende vragen....45
7. Resultaten....46
7.1 Medische kaart implementatie....46
7.1.1 Medische kaart....46
7.1.1.1 Voordelen....46
7.1.1.2 Keuze zorgverleners en apothekers....47
7.1.1.3 Vormgeving Medische Kaart....48
7.1.1.4 Implementatie Medische Kaart....49
7.1.1.5 Aanzuigeffect en misbruik....50
7.1.2 Checklists van Flottorp & Damschroder....50
7.1.2.1 Factoren van de richtlijn....50
7.1.2.2 Individuele factoren van de betrokken actoren....52
7.1.2.3 Factoren van MZWV....56
7.1.2.4 Professionele interacties....58
7.1.2.5 Stimulansen en middelen....58
7.1.2.6 Capaciteit voor organisatorische verandering....59
7.1.2.7 Sociale, juridische en politieke factoren....59
7.2 Mogelijke oplossingen....60
7.2.1 Medische kaart voor ELZ Leuven....60
7.2.2 Andere oplossingen voor ELZ Leuven....60
7.2.3 Oplossingen buiten ELZ Leuven....62
8. Discussie....63
8.1 Bespreking van de resultaten....63
8.2 Sterktes en beperkingen van dit onderzoek....66
8.4 Toekomstperspectieven....67
9. Conclusie....69
10. Bibliografie....71
11. Bijlagen....85
Bijlage 1. Overzicht problemen en mogelijke oplossingen DMH....85
Bijlage 2. Voorbeeld MK-document met alle benodigde informatie....87
Bijlage 3. Vragenlijst Medewerker overheidsinstantie Gent & Oostende, Gemeenschapshelper Gent en expert in mensenrechten....89
Bijlage 4. Vragenlijst actoren ELZ Leuven....92
Bijlage 5. Implementatie van de MK binnen ELZ Leuven: succesfactoren en barrières met mogelijke oplossingen....97
Bijlage 6. Voorbeeld MK voor ELZ Leuven....99
Bijlage 7. Voorbeeld website DMH....100

1. Lijst van tabellen

Tabel 1. Noodzakelijk, goede en mogelijke informatie voor op de MK 85

Tabel 2. Persoonlijke codes per respondent 32

2. Lijst van afkortingen

DMH	Dringende Medische Hulp
DVZ	Dienst Vreemdelingenzaken
ELZ	Eerstelijnszone
Fedasil	Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers
HZIV	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
KB	Koninklijk Besluit
MK	Medische Kaart
MZWV	Mensen zonder wettig verblijf
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
POD MI	Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
VZW ROM	VZW Recht op Migratie

3. Probleemstelling en onderzoeksvraag

Mensen zonder wettig verblijf (MZWV) zijn onzichtbaar in de maatschappij, ze kunnen makkelijk onder de radar verdwijnen (Boukhalfa, 2023). Toch kwamen ze in 2021 twee maanden veelvuldig in het nieuws, met rede dat er een hongerstaking werd gevoerd in de Begijnhofkerk van Brussel. Hier deden meer dan 400 MZWV aan mee, om te strijden voor collectieve regularisatie nadat hun asielaanvraag geweigerd was (Walker, 2021). Ze probeerden zelf het heft in handen te nemen en aan te tonen dat zij ook deel van België zijn ook al wordt dit officieel niet zo gezien; ze doen bijvoorbeeld aan arbeid (P. Debruyne, 2021). Door het gebrek aan officiële statistieken is het onduidelijk hoeveel MZWV in België leven. Het is bovendien moeilijk om data hieromtrent te verzamelen. Onderzoekers aan de Vrije Universiteit Brussel schatten op basis van sterftecijfers dat er ongeveer 112.000 MZWV in België leven (Lyons, 2023; Surkyn, Ahmad Yar, Ceylan, Vanthomme, & Bircan, 2022). Volgens 11.11.11 (2022) en burgerinitiatief We Are Belgium Too (z.d.) ligt dit aantal eerder rond 150.000, sommige schattingen lopen op tot 200.000 MZWV in België (Macken & Temmerman, 2023).

Hoewel MZWV officieel niet bestaan in België, hebben ze het recht om een woning te huren, maar arbeidscontract aan te gaan. Met als gevolg dat velen aan zwartwerk doen (Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht, z.d.d). Werkgevers kunnen hier makkelijk misbruik van maken door hen bijvoorbeeld weinig of niet te betalen (Clapson, 2023). Ze werken in precaire omstandigheden en werkgevers betalen geen ziekteverlof of betaald verlof (European Union Agency for Fundamental Rights, z.d.). Dit maakt van MZWV een kwetsbare groep. Bovendien zijn psychische problemen courant (Vollebregt, Scholte, Hoogerbrugge, Bolhuis, & Vermeulen, 2023), meer dan in de algemene bevolking. Hierdoor is een sterkere behoefte aan hulp voor hun geestelijke gezondheid aanwezig (Palmer & Ward, 2007). Een studie toont aan dat 72 procent van MZWV aan chronische aandoeningen lijdt zoals bijvoorbeeld cardiovasculaire problemen (Jackson, Paignon, Wolff, Delicado, & Rohrmann, 2018). Eveneens blijkt dat hun sterftecijfers veel hoger liggen dan migranten met wettig verblijf, er is meer kans op sterven aan vermijdbare en behandelbare hart- en vaatziekten. Een mogelijke oorzaak hiervoor is de geringe toegankelijkheid van gezondheidszorgen voor hen (Lafaut, Vandenheede, Surkyn, & Coene, 2019). Uit bovenstaande blijkt dat goede toegang tot medische zorgen voor MZWV cruciaal is, hierop hebben ze in België recht. Dit wordt geregeld via de wetgeving van dringende medische hulp (DMH), er kan niet tot een ziekenfonds gewend worden (Roberfroid et al., 2015). Om hiervoor in aanmerking te komen moeten MZWV een aanvraag indienen bij het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), de persoon moet voldoen aan de voorwaarden om toegang te verkrijgen tot dit recht. Om deze voorwaarden na te gaan doet het OCMW een sociaal onderzoek (Vreemdelingenrecht &

internationaal familierecht, z.d.a). In dit sociaal onderzoek gaan maatschappelijk werkers na of de persoon recht heeft op een ziekenfonds, behoeftig is en dus niet zelf de medische kosten kan betalen en of de persoon wel werkelijk geen geldige verblijfsdocumenten heeft (Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie [POD MI], 2017). MZWV kunnen niet alleen DMH gebruiken voor dringende zorgen, ook curatieve - en preventieve zorgen zitten hierin inbegrepen (Roberfroid et al., 2015). Indien zorg tijdig verleend wordt wanneer het medisch noodzakelijk is, draagt dit bij aan een vermindering van druk op de dienst spoedgevallen en dus ook een vermindering in kosten (Dokters van de Wereld, 2024). Echter, de procedures kunnen verschillen tussen de OCMW's aangezien er geen onderlinge coördinatie is (De Cock & Verbeeren, 2014). Het recht is bovendien moeilijk uit te oefenen door de grote complexiteit van de procedures. MZWV moeten bijvoorbeeld bewijzen dat ze op het grondgebied van het aangevraagde OCMW verblijven, wat niet altijd makkelijk is (Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV, 2023). Er heerst een tekort van kennis omtrent DMH bij MZWV, er is veel onzekerheid en de procedure is tijdsintensief. Ook bij zorgverleners heerst er veel onduidelijkheid en de administratieve last is aanzienlijk. Voor de medewerkers van het OCMW vormt het sociaal onderzoek bovendien een tijdrovende taak. Dit heeft soms als gevolg dat de beslissing omtrent het toestaan van DMH voor een persoon niet binnen de wettelijke termijn gebeurt (Dokters van de Wereld, 2024).

Doordat elk OCMW autonoom de wijze bepaald waarop ze DMH toedienen, ontstaan er regionale verschillen in procedures en bijhorende problematieken. Dit heeft tot gevolg dat eerstelijnszone (ELZ) Leuven met specifieke en lokaal gebonden knelpunten wordt geconfronteerd. MZWV moeten bijvoorbeeld een apart attest verkrijgen per afspraak in de periode dat DMH geldig is. Het is niet altijd duidelijk voor artsen of het OCMW DMH verleent voor de persoon en zij dus terugbetaald zullen worden. Er zijn veel stappen nodig om recht op DMH te krijgen en de volgorde van deze stappen zijn niet altijd duidelijk. Bovendien moeten MZWV soms meerdere documenten meenemen om bijvoorbeeld geneesmiddelen te verkrijgen bij de apotheker, ze begrijpen vaak zelf niet waar de papieren voor dienen. Het invoeren van een medische kaart (MK) kan voor deze problemen een gedeeltelijke en mogelijke oplossing zijn (Werkgroep gezondheidszorg voor MZWV, 2023). Een MK is een document dat MZWV kunnen krijgen van het OCMW, op deze MK staan identificatiegegevens en de geldigheidstermijn, maar dit kan erg verschillen tussen de OCMW's die gebruik maken van deze kaart. Door de MK in te voeren kunnen zorgverleners zekerder zijn dat ze betaald worden, wat ervoor kan zorgen dat minder MZWV geweigerd worden uit vrees voor zelf met de kosten te zitten. De regels bij het implementeren van een MK zijn vastgelegd met de belanghebbenden en verschillende organisaties, hierdoor is er plek voor meer duidelijkheid en minder discussies. Daarenboven kunnen MZWV duidelijkere informatie krijgen omtrent de

voorwaarden (Druyts et al., 2006). Echter, er is nog veel onduidelijkheid over de procedures van DMH, de meerwaarde en de exacte inhoud van een MK. Daarenboven is het interessant om te kijken hoe de MK in ELZ Leuven geïmplementeerd kan worden en wat de randvoorwaarden zijn voor deze implementatie. Met deze reden heeft VZW Recht op Migratie (VZW ROM) gevraagd om een onderzoek te voeren omtrent de MK in ELZ Leuven. De aanvraag van middenveldorganisatie VZW ROM zorgt ervoor dat deze studie de vorm heeft van een evaluatieonderzoek (Roose & Meuleman, 2021). Hieruit volgen de onderzoeksvragen:

Hoe kan een MK voor MZWV effectief worden geïmplementeerd in de ELZ Leuven?

1) Welke afspraken en samenwerkingen rond de MK bestaan er tussen zorgverleners, OCMW's en middenveldorganisaties in andere eerstelijnszones en wat kan ELZ Leuven hieruit leren?
2) Wat zijn de voorwaarden om de MK in ELZ Leuven effectief te implementeren?
    a. Welke beslissingen zijn er nodig voor een goede implementatie van de MK in ELZ Leuven?
    b. Wat zijn de factoren die de implementatie van de MK in ELZ Leuven faciliteren?
    c. Wat zijn de factoren die de implementatie van de MK in ELZ Leuven belemmeren?
    d. Welke informatie (al dan niet op de MK) hebben zorgverleners, apothekers en middenveldorganisaties in ELZ Leuven nodig voor een goede implementatie van de MK?
        i. Op welke manier moet deze informatie verspreid worden?
    e. Welke informatie (al dan niet op de MK) hebben MZWV nodig voor goede implementatie?
        i. Op welke manier moet deze informatie verspreid worden?

Wat zijn andere mogelijke oplossingen om de werking van DMH voor MZWV, zorgverleners en OCMW-medewerkers te verbeteren?

4. Literatuurstudie

4.1 Toegang tot gezondheidszorgen voor onderbediende bevolkingsgroepen

Doorheen de literatuur wordt het concept 'moeilijk te bereiken groepen' gebruikt om bevolkingsgroepen te beschrijven waarvoor het moeilijker is om toegang te verlenen aan gezondheidszorg of wetenschappelijke onderzoeken. Onder deze groep vallen verscheidene heterogene subgroepen waaronder nieuwe bewoners in het land, mensen met een andere etnische achtergrond, mensen die in geloofsgemeenschappen leven en mensen die in kwetsbare omstandigheden leven, zowel sociaal als economisch (Shaghaghi, Bhopal, & Sheikh, 2011). Het gebruik van deze term werd lang gelinkt met de verkeerde opvatting dat deze groepen effectief moeilijk te bereiken zijn. Er werd van deze mensen gedacht dat ze niet, of slecht betrokken zijn in de samenleving en dat ze hierdoor ondervertegenwoordigd zijn in onderzoeken. Ondertussen is geweten dat dit narratief onwaar is, dat naar deze mensen binnen 'moeilijk te bereiken groepen', zelden wordt geluisterd of aangesproken. Er is sprake van systematische uitsluiting, waar ze zelf geen verantwoordelijkheid in hebben (Darko, 2023). 'Onderbediende bevolkingsgroepen' is een correctere verwoording om deze groepen te beschrijven. Een aantal artikels gebruiken 'onderbediende bevolkingsgroepen' samen met 'moeilijk te bereiken groepen' om dezelfde soort groepen en problemen te beschrijven (Poulimeneas et al., 2023; Stuhlmiller & Tolchard, 2018). Bovendien zijn er artikels die enkel over onderbediende bevolkingsgroepen spreken, hoewel dit nog minder gebruikelijk is (Davis et al., 2021). Toch wordt er voor de rest van deze paper gebruik gemaakt van de term 'onderbediende bevolkingsgroepen' in plaats van 'moeilijk te bereiken groepen'.

Onderbediende bevolkingsgroepen zijn groepen die om uiteenlopende redenen minder toegang hebben tot fysieke en mentale gezondheidszorg, in vergelijking met de rest van de bevolking (Kovandžić et al., 2011; Poulimeneas et al., 2023). Echter, wie tot deze groepen behoort, verschilt per context, cultuur en dus ook per land (Rockliffe, Chorley, Marlow, & Forster, 2018). Veel wetenschappelijke artikels geven bovendien geen definitie van wie ze als onderbediende bevolkingsgroepen of moeilijk te bereiken groepen zien (Badr et al., 2023; King et al., 2020; Woodall, Ramage, LaBruyere, McLean, & Tak, 2021).

In de Europese literatuur verwijst deze term voornamelijk naar mensen die deel zijn van een etnische minderheid, mensen die in het zwart werken of dakloos zijn en migranten (Poulimeneas et al., 2023). Deze groepen zijn heterogeen en kunnen onderverdeeld worden op basis van welke zorgdienst voor hen minder toegankelijk is. Vrouwen in Engeland, met een etnische achtergrond, een leeftijd tussen de 25 en 29 jaar, die aan sekswerk doen en homoseksuele vrouwen, worden minder onderzocht voor baarmoederhalskanker (Fish & Anthony, 2005; Jeal & Salisbury, 2004; Moser, Patnick, & Beral, 2009; Rockliffe et al., 2018).

In de subgroepen zijn er evenzeer grote verschillen aanwezig in personen hun toegang tot de gezondheidszorg. De eventuele oorzaak hiervan zijn de effecten van leeftijd en gender op systematische uitsluiting. Het systeem houdt bijvoorbeeld geen rekening met specifieke vaardigheden of kennis dat bepaalde (groepen) mensen niet altijd bezitten. Jongeren en mannen zijn bijvoorbeeld beter in onderhandelen in bureaucratieën, kunnen vaker de taal van het land waar ze wonen en zijn meer geletterd in vergelijking met ouderen en vrouwen. Als een persoon deel is van een onderbediende bevolkingsgroep door zijn etniciteit, kan dit negatief effect op zijn toegang tot de gezondheidszorg verminderen over de jaren heen; mogelijk ligt de oorzaak bij het vertrouwder raken van de persoon met het systeem dat geen ruimte laat voor differentiatie of flexibiliteit, bovendien bouwen mensen contacten op over de jaren heen. Echter, dit effect is anders bij mensen die zichtbaar deel zijn van een etnische minderheid (Darko, 2023; Dixon-Woods et al., 2005). Hieruit blijkt dat toegang hebben tot gezondheidszorgen vooral afhankelijk is van personen, zij dienen zichzelf aan te passen aangezien het systeem niet inspeelt op hun specifieke noden.

Onderbediende bevolkingsgroepen hebben een slechtere fysieke gezondheid in vergelijking met de algemene bevolking. Een plausibele verklaring hiervoor is dat ze minder gebruik (kunnen) maken van preventie gezondheidszorg (Hewitson, Glasziou, Watson, Towler, & Irwig, 2008; Landy, Pesola, Castañón, & Sasieni, 2016; Rockliffe et al., 2018; Weedon-Fekjær, Weedon-Fekjær,& Vatten, 2014). Ook hun mentale gezondheid is vaak slechter (Palmer & Ward, 2007). Veel mensen die behoren tot een onderbediende bevolkingsgroep hebben nood aan voortdurende zorgen, maar kunnen deze niet altijd verkrijgen (Stuhlmiller & Tolchard, 2018). Nochtans blijken medische interventies bij deze groepen effectiever te zijn dan bij de algemene bevolking (Rockliffe et al., 2018).

4.2 MZWV

4.2.1 Karakteristieken MZWV

Een evaluatieonderzoek vereist een diepgaande analyse van de volledige situatie, waarbij zowel de werking van DMH als bredere informatie over MZWV wordt meegenomen (Roose & Meuleman, 2021). Wat MZWV definieert en hun een bijzondere groep maakt, wordt hieronder toegelicht. Vervolgens worden hun moeilijkheden onderzocht en hun recht op gezondheidszorg via DMH.

MZWV behoren niet tot de groepen vluchtelingen of asielzoekers (Roberfroid et al., 2015). Asielzoekers vluchten uit hun land door bepaalde omstandigheden, zoals geweld, oorlog en vervolging en kunnen niet terugkeren naar hun land van herkomst. Dit is niet het

geval bij migranten, deze kunnen terugkeren naar hun thuisland wanneer ze dit willen. Een asielzoeker heeft een aanvraag ingediend in het gastland om te worden erkend als vluchteling (Belgium, z.d.; Garnier & Piva, 2019; Stichting Vluchteling, 2023; Trefpunt odi, z.d.). Vluchtelingen zijn personen wiens asielaanvraag in het gastland erkend zijn geweest, deze krijgen dan een verblijfstitel gedurende vijf jaar. Dit betekent dat ze gelijke economische en sociale rechten hebben als mensen met een onbeperkt verblijfsrecht, waardoor ze op een legale manier arbeid mogen verrichten (Garnier & Piva, 2019). Deze economische en sociale rechten hebben MZWV niet; er is geen recht op arbeid, maar wel op gezondheidszorg en het huren van een woonst (Roberfroid et al., 2015; Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht, z.d.d). Het al dan niet recht hebben op geldige verblijfsdocumenten als persoon wordt besloten door de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ) (Druyts et al., 2006; Vlaanderen, z.d.c).

De termen ‘clandestienen’, ‘illegalen’ en ‘uitgeprocedeerden’ worden ook regelmatig gehanteerd om MZWV te beschrijven; deze termen laten echter uitschijnen dat het bestaan van migranten zelf illegaal is. De persoon zelf is namelijk niet illegaal, enkel zijn verblijfsstatuut is (Druyts et al., 2006). Correctere alternatieven voor MZWV zijn ‘mensen zonder papieren’ of ‘vreemdelingen zonder verblijfsstatuut’ (Roberfroid et al., 2015).

MZWV zijn een heterogene groep, bestaande uit mensen met een verschillende etniciteit. Het zijn individuen die elk op hun eigen manier proberen integreren of assimileren in de samenleving, op hun eigen tempo (Palmer & Ward, 2007). Ze hebben verschillende leefsituaties en doelen voor de toekomst. Sommige MZWV kozen om in België te leven zonder geldige verblijfsdocumenten, anderen zijn ongewild hierin terechtgekomen. Er zijn er die (zwart)werk hebben, die een woonst huren, die op straat leven. Ook zijn er minderjarigen in België zonder geldig verblijfsstatuut (Druyts et al., 2006). De oorzaak achter het verblijven zonder geldige documenten kan erg verschillen. Er zijn bijvoorbeeld mensen die een verblijfsstatuut in België hebben aangevraagd, maar geweigerd zijn geweest; ze zijn uitgeprocedeerd. Indien het Belgisch grondgebied niet verlaten wordt, worden ze gezien als MZWV (Druyts et al., 2006; Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht, z.d.f). Binnen deze groep zitten personen die eerst asiel hebben aangevraagd, maar het statuut vluchteling niet hebben verkregen (Druyts et al., 2006). Uitgeprocedeerden kunnen ook personen zijn die naar België kwamen om beroep te doen op het recht op gezinshereniging. Dit kan wanneer leden van hun familie of echtgenoot een vast verblijfsrecht in België hebben. Echter, er is een mogelijkheid dat ze niet (meer) tot de correcte criteria behoren (Druyts et al., 2006; Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht, z.d.b). Tot slot bestaan er ook uitgeprocedeerde samenwoners, dit zijn personen die verblijf hadden verkregen om met hun partner met een vast verblijfsrecht samen te wonen, maar niet meer aan de criteria voldoen

(Druyts et al., 2006). MZWV kunnen evenzeer aan de hand van een toeristenvisum of zonder toestemming het land binnen komen en geen officiële verblijfsaanvraag indienen (Druyts et al., 2006; Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht, z.d.f). Personen die slachtoffer waren van mensenhandel kunnen eveneens een verblijfsstatuut aanvragen. Echter, ook zij kunnen hun recht op verblijf verliezen (Druyts et al., 2006; Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht, z.d.e). Oud-arbeidsmigranten en personen die enkel een verblijfsstatuut van bepaalde duur hebben gekregen, maar die het land hierna niet verlaten, behoren evenzeer tot de groep MZWV. Net zoals personen die een verblijfsstatuut hadden, maar deze hebben kwijtgespeeld door een juridische veroordeling (Druyts et al., 2006). Zoals eerder aangegeven, blijkt uit het voorgaande dat de groep MZWV een grote diversiteit kent.

Het verblijven in België zonder geldig verblijfsdocumenten is strafbaar. MZWV kunnen hiervoor een geldboete of een celstraf ontvangen, dit gebeurt echter zeer weinig. DVZ kan bevelen geven aan personen om het Belgisch grondgebied te verlaten, onmiddellijk of binnen een bepaalde termijn. Indien MZWV toch op het grondgebied blijven, dan kan de terugkeer gedwongen en indien nodig begeleid worden. Er is geen plicht om MZWV aan te geven bij DVZ, evenzeer kennen vele organisaties waarmee MZWV in contact komen het beroepsgeheim (Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht, z.d.c).

MZWV kunnen beschouwd worden als onderbediende bevolkingsgroepen, aangezien ze in precaire omstandigheden leven, zowel sociaal als economisch. Er heerst bijvoorbeeld een sterke angst (voor politie) en ze worden geconfronteerd met verscheidene vormen van discriminatie (Duvoisin et al., 2023). Ze kunnen op bepaalde sociale en economische rechten geen aanspraak doen (Roberfroid et al., 2015; Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht, z.d.d), hebben vaak een andere etnische achtergrond of behoren tot een etnische minderheidsgroep (Palmer & Ward, 2007). Ook wordt er veelvuldig aan zwartwerk gedaan en zijn er enkelen die op straat leven (Druyts et al., 2006). MZWV zijn niet in bezit van de valide documenten voor het verblijven op het Belgische grondgebied. Bovenstaande kenmerken komen eveneens voor bij onderbediende bevolkingsgroepen, wat maakt dat MZWV een onderbediende bevolkingsgroep is.

4.2.2 Problemen voor MZWV

MZWV komen in contact met verscheidene soorten problemen. Velen ervaren financiële moeilijkheden, mede door in de informele economie te werken, onder precaire omstandigheden waarin uitbuiting door werkgevers voorkomt (Clapson, 2023; European Union Agency for Fundamental Rights, z.d.; Palmer & Ward, 2007; Vreemdelingenrecht &

internationaal familierecht, z.d.d). MZWV dienen nauwelijks klachten in, mogelijks uit angst dat DVZ hen ontdekt, waardoor werkgevers kunnen blijven uitbuiten (Clapson, 2023). MZWV komen voortdurend in aanraking met de deportatie-dreiging (Boost, 2024; Kesby, 2021). Ze hebben geen aanspraak op fundamentele rechten en er wordt niet erkend dat zij recht hebben op een menswaardig leven, er is sprake van dehumanisatie van MZWV (Boost, 2024; Kesby, 2012; Kmak, 2020).

Mzwv hebben eveneens moeilijkheden op vlak van verblijfplaats, wat indirect kan zorgen voor mentale en fysieke problemen. De meesten hun woonst is in slechte omstandigheden, bepaalde voorzieningen zoals de douche en keuken worden gedeeld en er is geen goede verwarming of mag om financiële redenen niet veel gebruikt worden. Dit heeft allemaal gevolgen op de fysieke gezondheid. De woningen zijn bovendien vaak te klein voor de hoeveelheid mensen die er leven, met gevolg dat er een gebrek is aan privéruimtes wat een impact kan hebben op de mentale gezondheid van een persoon (Boost, 2024; Palmer & Ward, 2007).

Veel MZWV hebben over de jaren heen traumatische ervaringen meegemaakt, zoals oorlog in hun thuisland, het verliezen van hun huis, vrienden en familie, en het verloop van hun immigratie. Eveneens kan het afwachten van een persoon zijn juridische status, het al dan niet krijgen van de nodige verblijfsdocumenten, hun mentale gezondheid nadelig beïnvloeden (Palmer & Ward, 2007; Vollebregt et al., 2023). Specifiek voor MZWV kan hun asielaanvraag en dus verzoek op geldige verblijfsdocumenten afgewezen zijn geweest of hebben ze hun tijdelijk verblijfsdocument verloren. Dit kan evengoed een zware deuk hebben op hun welzijn. Daarenboven, heeft sociale uitsluiting samen met de levensomstandigheden van een persoon een aanzienlijke invloed op de gezondheid van deze persoon (Dokters van de Wereld, 2024). Bovenstaande problemen leiden ertoe dat MZWV veel meer lijden onder angst, depressie en posttraumatische stresstoornis ten opzichte van de rest van de samenleving (Martinez et al., 2015). Uit interviews van Boost (2024) blijkt bovendien dat velen zelfmoordgedachten hebben. De sterftecijfers van MZWV liggen hoger, ze hebben een groter risico om te overlijden aan hart- en vaatziekten en velen lijden aan chronische aandoeningen (Jackson et al., 2018; Lafaut et al., 2019). Onderbediende bevolkingsgroepen en dus ook MZWV hebben net meer nood aan goede gezondheidszorg (Rockliffe et al., 2018; Stuhlmiller & Tolchard, 2018). Echter, MZWV hebben geregeld moeilijkheden met navigeren tot de gezondheidszorg, dit wordt verder besproken in ‘4.3.3 Pijnpunten van DMH’.

Tot slot kunnen eerder benoemde problemen gelijktijdig voorkomen aangezien ze verweven met elkaar kunnen zijn. Onderdrukking en discriminatie, kennen vaak meerdere overlappende sociale assen (Alberti, Holgate, & Tapia, 2013; Andersson Nystedt, Herder,

Agardh, & Asamoah, 2025; Crenshaw, 1989). Dit wijst op het concept intersectionaliteit (Crenshaw, 1989). Voorbeelden van intersectionele assen zijn etniciteit, het al dan niet beschikken over geldige verblijfsdocumenten, gender, leeftijd en sociaaleconomische klasse. Een persoon kan dus tegelijk worden gediscrimineerd omdat die vrouw is, met een zwarte huidskleur, geen geldige verblijfsdocumenten heeft, ouder is en in armoede leeft (Alberti et al., 2013; Crenshaw, 1989). Deze vorm van intersectionele discriminatie is meer dan alleen de som der delen, personen, zoals MZWV kunnen tot een meervoudige benadeelde klasse behoren (Crenshaw, 1989). In combinatie met andere uitdagingen waarmee MZWV worden geconfronteerd kan dit resulteren in zware fysieke en psychologische verwondingen (Boost, 2024).

4.3 Toegang tot de gezondheidszorg via DMH

4.3.1 Regelgeving DMH

Het Attest van Immatriculatie, in de volksmond de oranje kaart genoemd, is een attest voor personen die niet lid zijn van de Europese Unie, ook wel derdelanders genoemd. Het document wordt verkregen wanneer het proces omtrent hun verblijfsrecht gaande is, hierdoor hebben ze recht op tijdelijke verblijfsdocumenten (Geraardsbergen, z.d.; Medimmigrant, 2023). Indien de persoon verblijft in een collectief opvangcentrum of opvanginitiatief kan deze kaart gebruikt worden om hun recht op medische zorgen te beoefenen, het Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers (Fedasil) bekostigt dit (Medimmigrant, 2023).

MZWV hebben geen recht op het Attest van Immatriculatie en kunnen geen ziekteverzekering afsluiten. Wel hebben ze recht op gezondheidszorgen (Medimmigrant, 2023), echter, dit recht is eerder beperkt ten opzichte van andere Europese landen (Cuadra, 2012). DMH wordt geregeld onder het Koninklijk Besluit (KB) betreffende dringende medische hulp (31.12.1996). Hierin wordt bepaald dat het recht op DMH uitsluitend geldt voor medische hulp, bovendien moet aan de hand van een medisch attest de dringendheid van de zorgen aangetoond worden. Onder DMH valt dus geen huisvesting of financiële steun (Koninklijk Besluit betreffende dringende medische hulp, 31.12.1996). Hoewel het woord dringend in DMH laat schijnen dat enkel medische hulp onder de vorm van spoedgevallen worden terugbetaald, is dit niet het geval. De medische zorgen die hieronder vallen zijn zowel curatief als preventief. Dit betekent dat ook bezoeken bij de kinesist en behandelingen of voorkomen van besmettelijke ziektes onder DMH valt (Koninklijk Besluit betreffende dringende medische hulp, 31.12.1996; POD MI, 2017).

Enkel het OCMW dat bevoegd is op de plek waar de persoon zonder wettig verblijf het meeste verblijft, mag DMH verlenen (POD MI, 2017). De exacte procedures omtrent DMH bepaald elk OCMW zelf, met deze reden verschillen procedures onderling erg van elkaar (De Cock & Verbeeren, 2014).

In het KB wordt eveneens vermeld dat de kosten die onder DMH gemaakt zijn terugbetaald worden aan het OCMW. Welke kosten exact onder DMH vallen is niet door het KB bepaalt. Voor de terugbetaling is echter wel een getuigschrift nodig dat de dringende noodzakelijkheid van de verleende zorg aantoont, dit attest DHM moet bewaard worden door het bevoegde OCMW (Koninklijk Besluit betreffende dringende medische hulp, B.S. 31.12.1996; POD MI, 2017). De zorgverlener die de persoon zonder wettig verblijf geholpen heeft moet het attest DMH ondertekenen. Dit kan enkel door een zorgverstrekker die het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) erkend. Met gevolg dat kinesisten, apothekers en radiologen dit niet kunnen (Druyts et al., 2006). De zorgverstrekker is hierdoor bevoegd om de nood aan de specifieke medische hulp te bepalen (Druyts et al., 2006; POD MI, 2017). Wat onder DMH valt en terugbetaald moet worden aan het OCMW door de POD MI, ligt vast in de RIZIV-nomenclatuur (POD MI, 2017; RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). Dit is een lijst van medische zorgen en medicatie die (deels) vergoed worden door ziekteverzekeringen (RIZIV, z.d.; Vandezande, Van Leeuwen, & Willems, 2021). De RIZIV-lijst wordt gebruikt om te bepalen hoeveel geld de federale staat, vertegenwoordigd door de POD MI aan het OCMW verschuldigd is (POD MI, 2017). Echter, elk OCMW kan zelf bepalen of ze specifieke noden bovenop de RIZIV-lijst betalen zodat MZWV die niet zelf moeten bekostigen. Deze uitgaven gebeuren op eigen kosten van het OCMW en worden niet vergoed door de staat (POD MI, 2017; Vandezande et al., 2021). Dit kan voor medische materialen gelden, maar ook voor andere aankopen in de apotheek, zoals babymelk, een thermometer en zalf (Druyts et al., 2006; POD MI, 2017).

Zoals eerder vermeld handelt de POD MI in naam van de federale staat. Echter, het is de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) die de betalingen naar het OCMW uitvoert. Zij hebben namelijk de opdracht van de POD MI om als betalingsinstelling voor de staat te werken. De HZIV controleert bovendien of het OCMW de regels van het RIZIV hebben gevolgd, aangezien enkel deze kosten worden terugbetaald. Het OCMW moet een sociaal onderzoek voeren bij MZWV om beslissingen te nemen of deze persoon recht heeft op DMH. Belangrijke zaken van dit sociaal onderzoek moeten in een verslag geschreven worden zodat tijdens inspecties van het HZIV de kosten en beslissingen omtrent DMH kunnen worden rechtvaardigt (POD MI, 2017).

MediPrima is een relatief nieuw informaticaplatform die de kosten omtrent DMH automatisch in orde brengt. De zorgverlener brengt de factuur in het systeem en wordt door binnen de acht dagen terugbetaald. Deze geautomatiseerde betaling door het HZIV kan tot stand komen doordat de OCMW's de beslissingen tot het al dan niet ten laste nemen in de centrale databank zetten (De Cock & Verbeeren, 2014; POD MI, 2017). Het attest DMH moet door zorginstellingen zelf worden bijgehouden, in plaats van in het bevoegde OCMW. Momenteel is het slechts beschikbaar voor ziekenhuizen, maar in de toekomst is het de intentie om het netwerk van MediPrima verder uit te breiden (POD MI, 2017). Alle facturen zouden dan elektronisch in orde worden gebracht door het HZIV en het OCMW-personeel kan hun beslissingen omtrent MZWV in een centraal systeem beheren (De Cock & Verbeeren, 2014; POD MI, 2017). Het gebruik van MediPrima is bovendien gunstig voor zorgverleners. Met rede dat er zekerheid is dat de POD MI hen vergoedt voor de DMH-kosten en ze meer informatie krijgen over welke kosten terugbetaald gaan worden. Daarenboven zou het OCMW tijd besparen wat waardevol is aangezien ze het al ontzettend druk hebben. Echter, de personeelskosten die met MediPrima gepaard gaan, zijn aanzienlijk (De Cock & Verbeeren, 2014). Eveneens zou het OCMW nog steeds jaarlijks een sociaal onderzoek moeten uitvoeren en geldt de beslissing van tegemoetkoming nog steeds maximaal 92 dagen. Het OCMW kan dus nog steeds besluiten dat MZWV voor elke consultatie eerst naar het OCMW dienen te gaan (POD MI, 2013).

Elk OCMW heeft bovendien een bijzonder comité voor de sociale dienst en geeft advies over het sociale beleid van het OCMW. Deze raad is samengesteld uit vertegenwoordigers van de lokale politieke partijen, waarbij het aantal zetels wordt bepaald aan de hand van de gemeentelijke verkiezingen (Leuven, z.d.a; Vlaanderen, z.d.a). Evenzeer is de raad bevoegd om over individuele dossiers beslissingen te maken zoals het toekennen van DMH (Vlaanderen, z.d.b).

4.3.2 Het sociaal onderzoek binnen DMH

Indien MZWV recht willen hebben op DMH, moeten ze naar het bevoegde OCMW gaan. Vooraleer het OCMW een sociaal onderzoek opstart gaan ze na of de persoon in kwestie wel effectief recht heeft op DMH. Ten eerste wordt er gezocht of de persoon niet reeds een soort dekking heeft van zijn medische kosten. Hierna onderzoekt het OCMW de persoon wel op hun grondgebied verblijft (POD MI, 2017). Om dit na te gaan voert een maatschappelijk werker een huisbezoek uit, de plek waar de persoon het meest verblijft. Het moet geen gedomicilieerd adres zijn. Een bewijs van het betaalde huurgeld, een huurcontract, buren die bevestigen dat de persoon daar woonachtig is, zijn eveneens bewijzen om de verblijfplaats vast te stellen.

Ook voor daklozen wordt nagegaan of de persoon effectief op die plaats leeft (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014).

Indien het huisbezoek bevestigd dat het OCMW bevoegd is, wordt een dossier maatschappelijke dienstverlening aangemaakt en kan het sociaal onderzoek van start gaan. In dit onderzoek worden drie zaken nagegaan, de behoeftigheid, de verblijfssituatie en de verzekerbaarheid van de persoon (POD MI, 2017; RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). MZWV moeten behoeftig gevonden worden, om dit na te gaan wordt een financiële balans opgemaakt van de persoon zijn bestaansmiddelen. Met rede dat de MZWV eerst hun eigen middelen moeten gebruiken, indien dit onmogelijk wordt geacht, is de persoon behoeftig (POD MI, 2017; RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). Hierna gaat het OCMW de verblijfssituatie na aan de hand van onderstaande vragen: Is de persoon wel effectief een persoon zonder geldige verblijfsdocumenten? Op welke manier is de persoon België binnengekomen? Heeft de persoon eerder een asielaanvraag ingediend (POD MI, 2017; RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014)? Als laatste wordt er bekeken of de persoon niet aangesloten is bij een ziekteverzekering, een betalingsverbintenis, een reisverzekering of iets gelijkaardigs. Aangezien het OCMW enkel tussenkomt indien het niet anders kan (POD MI, 2017).

Het bevoegde OCMW kan de exacte invulling van het sociaal onderzoek verder bepalen. Er kan bijvoorbeeld gekeken worden naar hoe MZWV hun verblijfplaats betalen, of ze in het zwart werken, of de persoon schulden heeft, hoeveel kledij de persoon in zijn bezit heeft enzovoort (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014).

Indien het sociaal onderzoek gunstig is bevonden en het bijzonder comité voor de sociale dienst akkoord gaat, worden de medische kosten van de persoon vergoedt (POD MI, 2017), de begindatum hiervan kan retroactief zijn. Voorgaande kosten van MZWV bij een zorgverlener kunnen dus achteraf nog vergoed worden, bijvoorbeeld wanneer de zorgen dringend van natuur waren, dit wordt verder besproken. DMH kan voor een bepaalde periode worden verleend tot maximaal 92 dagen of kan enkel voor een specifieke afspraak gelden. Na deze 92 dagen mag het recht telkens verlengd worden, zolang er jaarlijks opnieuw een sociaal onderzoek wordt uitgevoerd (Druyts et al., 2006). Indien de geldigheid van DMH slechts voor één consultatie is, moet voor een volgende afspraak de persoon zich weer aanmelden bij het OCMW. De persoon krijgt van de zorgverlener een getuigschrift met benodigde opvolgingen of doorverwijzingen. Aangezien MediPrima nog niet voor alle zorgverleners beschikbaar is, dient het OCMW de kosten rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen. Dit gebeurd aan de hand van een betalingsverbintenis die geldig kan zijn voor één raadpleging of een afgebakende termijn. Elk OCMW kan bovendien bepalen of MZWV naar elke zorgverlener mogen gaan voor DMH of enkel zorgverleners waarmee er afspraken zijn gemaakt. In dit geval

moeten MZWV aan de hand van een lijst van zorgverleners afspraken voor hun medische zorgen maken. Deze zorgverleners kunnen en willen werken met de betalingsverbintenis en MZWV (Druyts et al., 2006).

Onder normale omstandigheden gaan MZWV best eerst naar het OCMW om recht te verkrijgen op DMH vooraleer ze naar een zorgverlener gaan. Indien dit niet op voorhand gebeurde moet de zorgverlener MZWV doorsturen naar het OCMW om een aanvraag in te dienen. Een persoon wegsturen is echter niet altijd mogelijk (POD MI, 2017), indien het een ernstige en dringende medische situatie is gaat de persoon best toch eerst naar een zorgverlener of dienst spoedgevallen. Het ziekenhuis moet in dat geval actie ondernemen om DMH aan te vragen voor de persoon (Druyts et al., 2006).

4.3.3 Pijnpunten van de DMH-procedure

4.3.3.1 Algemene pijnpunten DMH

Binnen het kader van een evaluatieonderzoek is het belangrijk dat het probleem, dat werd aangehaald door VZW ROM, op een grondige manier bestudeerd wordt, wat in dit onderdeel behandeld wordt (Roose & Meuleman, 2021). Vandaag de dag is er nog relatief weinig geweten waarom bepaalde groepen onderbediend blijven in hun zorgbehoeften. Daarenboven is het moeilijk om de verscheidene redenen van 'non-take-up' te achterhalen aangezien weinig mensen uit onderbediende bevolkingsgroepen effectief worden bereikt om deel te nemen aan onderzoeken omtrent gezondheid (Rockliffe et al., 2018). Een van de groepen die onder deze onderbediening valt, zijn MZWV. MZWV ervaren vele barrières bij het proberen toegang krijgen tot gezondheidszorg; deze barrières maken de toegang ongelijk en soms zelfs onmogelijk (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014; Rockliffe et al., 2018). In de literatuur over toegang tot de gezondheidszorg zijn enkele belangrijke termen in omgang, deze kunnen worden gebruikt om verschillende barrières voor MZWV te categoriseren (Kovandžić et al., 2011).

4.3.3.2 Kandidatuur

Kandidatuur beschrijft het proces waarbij patiënten al dan niet geschikt worden bevonden om van een bepaalde gezondheidsdienst gebruik te maken. Ze hebben een bepaalde hoeveelheid recht op medische aandacht en interventies, dit wordt beslist aan de hand van interacties tussen patiënt en gezondheidsdiensten. De bevonden geschiktheid van mensen kan bovendien veranderen over tijd aangezien de onderhandelingen voortdurend zijn; de context waarin de onderhandelingen gebeuren beïnvloeden dit proces. Het lokale beleid, beschikbare

middelen en de geografische nabijheid van de dienst kunnen bijvoorbeeld het onderhandelingsproces sturen (Dixon-Woods et al., 2005; Dowrick et al., 2009; Kovandžić et al., 2011). Het kan bijvoorbeeld zijn dat sommige zorgverleners van mening zijn dat bepaalde etnische groepen minder recht hebben op een bepaalde gezondheidsdienst, ze worden minder geschikt bevonden. Uit studies blijkt dat enkele zorgverleners vinden dat de wijze waarop personen met een Aziatische afkomst de gezondheidszorg gebruiken, foutief is en dat ze hun werklast vergroten (Dixon-Woods et al., 2005; Saxena, Eliahoo, & Majeed, 2002). Dit kan bovendien invloed hebben op het kandidaat stellen van de persoon die toegang tot de gezondheidszorg wil. Met rede dat etnische minderheden die aanvoelen dat de zorgverlener aan de hand van stereotypes naar hen kijkt, minder de neiging hebben om op hun kandidatuur in te gaan. Dit kan bovendien zorgen voor vervreemding. Zoals reeds aangehaald beïnvloedt context ook de onderhandelingsprocessen, hierdoor heeft ook de manier dat de gezondheidszorg georganiseerd is, invloed hierop. De toegang van minderheden wordt bemoeilijkt (Dixon-Woods et al., 2005).

Specifiek is de kandidatuur voor MZWV moeilijk aangezien het OCMW de exacte invulling van dit onderzoek zelf kan bepalen. Hierdoor kunnen patiënten al dan niet eenvoudiger geschikt bevonden worden afhankelijk hun verblijfplaats. Enkele OCMW's zijn bijvoorbeeld van mening dat er pas behoeftigheid is wanneer een persoon schulden heeft (De Cock & Verbeeren, 2014; POD MI, 2017; RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). Echter, echter niet elke zorgverlener is vertrouwd met de procedures (Vandezande et al., 2021). Bovendien is er vaak niet geweten dat het recht op DMH ook curatieve en preventieve gezondheidszorg omvat, met als gevolg dat er sommige zorgen niet worden verleend aan MZWV (Dokters van de Wereld, 2024). Het statuut van een persoon kan overigens snel veranderen tussen asielzoeker en persoon zonder wettig verblijf, waardoor de persoon zijn kandidatuur op DMH verandert. Hierdoor heerst er vaak onduidelijkheid over de bevoegde instantie (POD MI, 2017).

4.3.3.3 Recursiviteit

De ervaring van een patiënt omtrent de vooraf geleverde gezondheidszorg, heeft invloed op de persoon zijn volgende handelingen ten opzichte van zijn gezondheid; de ervaringen kunnen op een positieve, maar ook negatieve manier de volgende stappen van de persoon bepalen. In de literatuur wordt hiernaar verwezen met de term recursiviteit (Dowrick et al., 2009; Kovandžić et al., 2011; Rogers, Kennedy, Nelson, & Robinson, 2005). MZWV kunnen door een negatieve gebeurtenis met een zorgverlener of apotheker ontmoedigd worden om de gezondheidszorg te vertrouwen en hulp te zoeken (De Cock & Verbeeren, 2014).

4.3.3.4 Navigatie

Personen die toegang tot medische zorgen willen krijgen, gaan zich navigeren om dit te proberen bereiken. Om succesvol toegang te verkrijgen hebben mensen bepaalde middelen en competenties nodig, echter, deze zijn niet evenredig verdeeld over de gehele samenleving (Dixon-Woods et al., 2005). Twee belangrijke barrières dat onderbediende bevolkingsgroepen en specifiek ook MZWV hun toegang tot de gezondheidszorg tegenhoudt zijn slechte gezondheidsvaardigheden en een gebrek aan medische kennis (De Cock & Verbeeren, 2014; Dixon-Woods et al., 2005; Poulimeneas et al., 2023). Deze tekorten in competenties zorgen voor een moeizamere navigatie naar de gezondheidszorg, het begrijpen van het medische probleem en de nodige behandeling, waardoor er minder snel hulp wordt gezocht (De Cock & Verbeeren, 2014; Surendran, Joseph, Sankar, Benny, & Nambiar, 2024).

Een tekort aan middelen kan eveneens zorgen voor een bemoeilijkte navigatie. Dit is het geval indien mensen een tekort hebben aan informatie omtrent gezondheidsdiensten, wat zorgt voor non-take-up (Kovandžić et al., 2011; Surendran et al., 2024). Het gebrek aan informatie omtrent de gezondheidsdiensten (middelen) is voornamelijk een obstakel voor personen die weinig geletterd zijn en/of wiens moedertaal niet de officiële landstaal is (competenties) (Ahmad & Walker, 1997; De Cock & Verbeeren, 2014; Dixon-Woods et al., 2005). De ontoereikendheid van gedrukte informatie of een goed equivalent voor mensen die niet geletterd zijn zorgt ervoor dat mensen weerhouden om ondersteuning te vragen en om deel te nemen aan gezondheidsdiensten. Dit is van toepassing op routinematige gezondheidsproblemen, maar ook in noodsituaties (Ahmad & Walker, 1997; Dixon-Woods et al., 2005). Bovendien zorgt het niet kunnen van de landstaal ervoor dat individuen zich moeilijker kunnen uitdrukken en uitleggen welke problemen ze ondervinden. Het verstaan van het medisch vakjargon en advies van de zorgverlener kan ook voor problemen zorgen (De Cock & Verbeeren, 2014; Dixon-Woods et al., 2005).

Sociale steun en netwerken kunnen erg helpen bij bovenstaande problemen, echter, zijn het de mensen in de meest kwetsbare omstandigheden die het minst deze sociale steun ontvangen, zoals MZWV. Hierdoor is het proces naar toegang tot gezondheidszorgen voor hen moeilijker. Eveneens het tekort aan sociaaleconomische middelen en de complexiteit van de navigatie naar de gezondheidszorg kunnen als barrières werken (Dixon-Woods et al., 2005). Er zijn namelijk veel administratieve barrières binnen de Belgische gezondheidszorg, die moeilijk zijn om te overkomen zonder hulp (De Cock & Verbeeren, 2014). Het navigeren vraagt evenzeer veel tijd, tijd die niet iedereen heeft. De bereikbaarheid en toegankelijkheid met openbaar vervoer beïnvloeden bovendien ook de toegang tot afspraken voor MZWV (Dixon-

Woods et al., 2005; Kovandžić et al., 2011; RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014; Surendran et al., 2024), aangezien niet alle MZWV een auto ter beschikking hebben of een telefoon om indien nodig afspraken te verzetten (Dixon-Woods et al., 2005; RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014).

4.3.3.5 Uniformiteit

De reden waarom minderheden moeilijkheden ondervinden met navigeren gaat verder dan hun eigen medische kennis dat te wijten is aan een gebrek aan competenties (Dixon-Woods et al., 2005), er is namelijk belang in uniformiteit van hulpmiddelen en narratieven tussen patiënten en zorgverleners. Uniformiteit beïnvloedt het succes op toegang tot de gezondheidszorg (Kovandžić et al., 2011; Stevenson & Scambler, 2005). Minderheden hebben dus niet per se een gebrek aan competenties; bepaalde Westerse concepten, diagnoses en ziekten zijn niet aanwezig in hun culturen (Dixon-Woods et al., 2005). Het gebrek aan uniformiteit komt voornamelijk voor bij mensen met een andere etnische achtergrond zoals MZWV. Indien er hulp wordt gezocht, wat al uitzonderlijk kan zijn, past de interactie met de zorgverlener niet tot hun behoeften, dit is voornamelijk een probleem in de mentale gezondheidszorg. Bepaalde ziektebeelden kunnen voor hen cultureel onacceptabel zijn en er wordt gevonden dat Westerse artsen hun lijden moeilijk kunnen begrijpen (Chew-Graham, Bashir, Chantler, Burman, & Batsleer, 2002; Green, Bradby, Chan, Lee, & Eldridge, 2002; Lamb, Bower, Rogers, Dowrick, & Gask, 2012). In deze gevallen is er geen uniformiteit in de narratieven tussen de zorgverlener en de patiënt.

Tot slot is het soms moeilijk om problemen tegen een zorgverlener op die manier uit te leggen dat de zorgverlener de noden kan plaatsen binnen de gekende geestelijke gezondheidszorg. Dit kan ervoor zorgen dat mensen het gevoel krijgen dat ze niet gehoord worden (Kovandžić et al., 2011).

4.3.3.6 Andere problemen DMH-procedure

Bovenstaande waren slechts enkele barrières die invloed hebben op de toegang tot gezondheidszorgen, er zijn namelijk nog problemen bij DMH die voorgaande concepten omtrent verscheidene barrières niet omvatten. Specifieke groepen laten bijvoorbeel minder vaak bepaalde gezondheidsaspecten controleren. Een mogelijke reden hiervoor zijn de veronderstelde barrières en risico's die het moeilijker maken, gepercipieerde normen en ook de houding van het individu (Ajzen, 1991; Rockliffe et al., 2018; Rosenstock, 1996). Er is groot belang bij dat individuen de noodzakelijkheid van preventieve gezondheidszorg inzien,

aangezien dit direct invloed heeft op de organisatie van hun preventieve zorgen (Myers et al., 1994; Rockliffe et al., 2018).

Bovendien zijn MZWV terughoudend ten opzichte van het complexe en zeer administratieve gezondheidszorgsysteem. Hierdoor stellen ze hun medische noden vaak uit, met gevolg dat de problemen uit de hand lopen (K. Debruyne, 2012; POD MI, 2017). Eveneens is er schrik ten opzichte van het OCMW, aangezien het een overheidsinstantie is net zoals DVZ en de politie; ze vrezen om gearresteerd te worden. Met als gevolg dat er geregeld rechtstreeks naar een zorgverlener wordt gegaan in plaats van het OCMW (K. Debruyne, 2012; POD MI, 2017; RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014; Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV, 2023). Indien een persoon zijn aanvraag op DMH geweigerd werd, kunnen MZWV bij ernstige ziekte of medische problemen nergens terecht, aangezien ze zelf niet de financiële middelen bezitten om een behandeling te financieren (Boost, 2024).

Een ander voorkomend probleem is dat MZWV ervoor opteren om hun belangrijke medische behandeling uit te stellen of te onderbreken tot ze (terug) recht hebben op DMH (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). Daarenboven staan niet alle belangrijke medische materialen of zorgen op de RIZIV-nomenclatuur waardoor deze niet worden terugbetaald aan het OCMW. De POD MI betaalt bijvoorbeeld niet benodigde medische materialen terug zoals rolstoelen, krukken en prothesen. Geneesmiddelen zijn opgedeeld in vier klassen; medicatie behorende op de D-lijst wordt niet terugbetaald, hier behoren ook enkele pijnstillende middelen tot (Druyts et al., 2006). Voor deze kosten is het OCMW niet verplicht tussen te komen, waardoor MZWV deze vaak zelf moeten dragen (POD MI, 2017). Verscheidene OCMW's werken bovendien met een vaste lijst van zorgverleners waarmee een medische conventie is afgesloten. Echter, in dit geval is er geen vrijheid in keuze van hulpverleners voor MZWV. Enkele OCMW's willen de kosten niet vergoeden indien er naar een arts wordt gegaan die niet op de lijst vermeld staat (Dokters van de Wereld, 2024). Volgens Dokters van de Wereld (2024) zijn er ook OCMW's waarbij MZWV DMH enkel kunnen aanvragen in de voormiddag. Deze openingsuren kunnen voor MZWV problematisch zijn, aangezien niet iedereen een wekker, de mogelijkheid op een goede nachtrust of een overnachtingsplek heeft.

Onder MZWV is het niet algemeen gekend dat er in beroep kan worden gegaan tegen de beslissing van het OCMW en zorgverleners (Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV, 2023). Indien de zaak toch voor de rechtbank komt, winnen MZWV vaak. Deze rechtszaken gaan over wat tot DMH behoort en dat het OCMW niet enkel dient te betalen wat in de RIZIV-nomenclatuur is opgenomen. Er zijn bijvoorbeeld rechtszaken gewonnen omtrent de terugbetaling van luiers, tandprotheses en medische aandoeningen die kunnen zorgen voor psychologische of sociale problemen. Ook wat het OCMW als behoeftig ziet werd eerder

gecontesteerd door de arbeidsrechtbank, het hebben van financiële hulp van familie zorgt er niet voor dat zij de medische rekeningen kunnen of moeten betalen. Indien een persoon geen vast inkomen heeft, betekent dit ook dat de persoon als behoeftig kan worden gezien. Bovendien kan enkel een arts bepalen of het over 'dringende' medische zorgen gaat (Agentschap Integratie & Inburgering, 2017). Er bestaat aanzienlijke discussie over de exacte gezondheidsrechten van MZWV en het recht wordt niet altijd vervult zoals oorspronkelijk beoogd.

Hoewel het platform MediPrima reeds beschikbaar is voor ziekenhuizen wordt er niet steeds mee gewerkt. Ziekenhuizen sturen soms toch de factuur naar MZWV (Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV, 2023). Een mogelijke reden hiervoor is de grote administratieve last van DMH-procedures, wat ook voor zelfstandige huisartsen onmogelijk is. Eveneens is het veelvoorkomend dat zorgverleners niet voldoende kennis beschikken omtrent deze procedures en de rechten van MZWV (Dokters van de Wereld, 2024; RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). Er zijn strikte termijnen die voor de DMH-procedure worden gehandhaafd, deze worden niet steeds gehaald door zorgverleners. Ziekenhuizen moeten zelf een sociaal onderzoek uitvoeren tijdens het verblijf van MZWV indien zij nog geen recht op DMH hebben verkregen. Bovendien wordt het bevoegd OCMW bij ziekenhuisopnames niet bepaald door de woonplaats van de patiënt, maar het OCMW op wiens grondgebied het ziekenhuis is gevestigd (Druyts et al., 2006). Indien het sociaal onderzoek of de melding naar het OCMW te laat plaatsvindt leidt dit ertoe dat de gemaakte medische kosten niet worden vergoed door het OCMW. De zorgverleners of ziekenhuizen moeten zelf instaan voor deze kosten, wat financiële problemen kan veroorzaken. Daarnaast kunnen MZWV geweigerd worden door praktijken of ziekenhuizen, waardoor zij met hun medische probleem blijven zitten (Dokters van de Wereld, 2024).

Ook apothekers lijden onder de administratieve lasten van de DMH-procedure en het risico op niet terugbetaald worden (Dokters van de Wereld, 2024). Bovendien kunnen zij niet het attest DMH opmaken of ondertekenen, wat problematisch is wanneer de zorgverlener geen extra attest opmaakt dat toegevoegd wordt aan de voorgeschreven medicatie (Druyts et al., 2006).

Voor het OCMW is eveneens de procedure omtrent DMH zeer complex, zwaar en zelfs duur. Dit, in combinatie met een hoge werklast voor maatschappelijk werkers en een tekort aan deze professionals zorgt ervoor dat de wettelijke termijnen die worden opgelegd door de POD MI vaak niet gevolgd kunnen worden (Dokters van de Wereld, 2024; RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). Het OCMW heeft 45 dagen, startende op de dag dat de medische zorgen zijn verleend, om de POD MI hiervan op de hoogte te stellen. Echter, moet in diezelfde

termijn alle belangrijke documentatie verzamelt worden van de zorgverlener vooraleer er een melding aan de POD MI kan gebeuren (Druyts et al., 2006). Evenzeer is het aspect van het sociaal onderzoek waar de bestaansmiddelen van MZWV worden nagekeken zeer tijdsintensief (Roberfroid et al., 2015).

Voor overheidsinstanties, zoals de POD MI is het moeilijk om de documentatie en medische gegevens grondig te controleren om een beslissing te maken omtrent het al dan niet terugbetalen van DMH. Bovendien gaat dit werk gepaard met aanzienlijke financiële kosten (Dokters van de Wereld, 2024).

De procedures voor DMH hebben een onderliggend wantrouwen op MZWV en hun gebruik van de gezondheidszorg, ook is er een zekere schrik om meer MZWV aan te trekken indien het recht makkelijk te verkrijgen is. Om deze redenen wordt het beleid vaak meer gecompliceerd gemaakt en komen er meer drempels (Boost, 2024).

De werking rond DMH blijkt niet alleen moeilijk te zijn voor MZWV, maar voor alle betrokkenen die met dit recht in contact komen. Uit bovenstaande blijkt bovendien dat verschillende soorten barrières en problemen de toegang tot gezondheidszorg voor MZWV bemoeilijken, wat voor een lager gebruik van medische zorgen lijdt (Hacker, Anies, Folb, & Zallman, 2015; Zielke, Offe, & Razum, 2015). Met gevolg dat MZWV op lange termijn een slechtere gezondheid hebben en hun medische problemen ondergediagnosticeerd blijven. Wat dan weer zorgt voor duurdere ingrepen en dus duurdere kosten voor de staat (Boost, 2024; Bozorgmehr & Razum, 2015; Zielke et al., 2024).

4.3.4 Specifieke pijnpunten DMH-procedure Leuven

Dit onderzoek focust zich specifiek op de situatie binnen ELZ Leuven. Een ELZ is een geografisch gebied waarbinnen eerstelijnsverzorgers samenwerken door onder andere hun werking aan elkaar aan te passen en hun kennis te verspreiden. Zorgverleners binnen de eerstelijn zijn zorgverleners waar patiënten naartoe kunnen zonder een doorverwijzing nodig te hebben, zij zijn het eerste contactpunt. Eerstelijnsverzorgers zijn bijvoorbeeld maatschappelijk werkers, thuisverplegers en huisartsen. Een ELZ brengt eveneens de noden van hun burgers in rekening om zo hun (toegang tot de) gezondheidszorg te verbeteren (Eerstelijnszone, z.d.b). Een ELZ (Leuven) is hierdoor een goede entiteit om een nieuw beleid voor MZWV te implementeren. Tot de ELZ van Leuven behoren de steden Leuven, Heverlee, Kessel-Lo, Wilsele en Wijgmaal (Eerstelijnszone, z.d.a).

Binnen ELZ Leuven wordt er gewerkt met Leuven Helpt. Deze organisatie werd opgestart tijdens de COVID-19 pandemie. Het is een gecentraliseerd platform voor mensen die zitten met vragen omtrent welzijn en zorg. Hiervoor kan een afspraak gemaakt worden via email, online of telefonisch (Leuven, z.d.b; Ridouani, 2020). Door deze nieuwe werking kunnen mensen niet zelf een afspraak maken bij het OCMW. MZWV moeten dus eerst langs Leuven Helpt, waar een afspraak voor hen gemaakt wordt bij het OCMW, daarnaast kunnen ze doorverwezen worden naar andere instanties. Volgens de Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV (2023) is dit echter een onnodige tussenstap dat de toegang tot het OCMW voor MZWV kan bemoeilijken.

Tot slot zijn er specifieke problemen omtrent DMH binnen ELZ Leuven. Er is sprake van een ingewikkelde administratieve procedure voor de betrokken actoren. Het is eveneens onhelder welke geneesmiddelen door het OCMW terugbetaald worden. Over het algemeen vinden betrokkenen dat er te weinig informatie omtrent DMH beschikbaar is, met als gevolg dat MZWV niet al hun rechten verkrijgen en er veel tijd verloren gaat aan het uitzoeken van het systeem. Zorgverleners wachten te lang op een terugbetaling van de gemaakte kosten voor DMH. MZWV kunnen het recht op DMH voor maximaal drie maanden verkrijgen, echter binnen ELZ Leuven is er toch nood aan een apart attest voor elke afspraak bij een zorgverlener, zoals een apotheker of arts. Daarenboven wordt gemeld dat het OCMW van Leuven niet altijd bereikbaar is en de antwoorden op hun vragen laattijdig komen. Er wordt erg geleden onder de grote kost voor het gebruiken van tolken, wat de communicatie met MZWV bemoeilijkt. Deze problemen werden allemaal aangekaart bij de eerste bijeenkomst van de Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV (2023) waarbij verscheidene actoren binnen ELZ Leuven betrokken waren. De tweede bijeenkomst is gepland in mei. Evenzeer zijn er enkele problemen die reeds aangehaald zijn, maar waar betrokkenen in ELZ Leuven ook problemen mee hebben. Het is bijvoorbeeld moeilijk te achterhalen wie net aansprakelijk is om de medische kosten van bepaalde mensen te vergoeden, de status van personen kan snel veranderen. Actoren binnen ELZ Leuven merken bovendien effectief op dat MZWV schrik hebben van politie en ziekenhuizen. Op de betalingsverbintenis, die wordt uitgereikt door OCMW Leuven (2024), wordt wel duidelijk de mogelijkheid tot in beroep gaan vermeld indien de persoon niet akkoord gaat met de genomen beslissing.

4.3.5 Inclusieve gezondheidszorg

4.3.5.1 Toegang tot gezondheidszorg verbeteren

Het verbeteren van de toegang tot de gezondheidszorg (binnen ELZ Leuven) voor MZWV zou voordelig zijn voor hun gezondheid en welzijn (Dokters van de Wereld, 2024). Bovendien zorgt een betere en meer gecontroleerde gezondheidszorg voor MZWV voor een kleinere kans op besmettelijke ziekten die zich onder burgers verspreiden (Hacker et al., 2015). Er is nood aan een betere toegang tot gezondheidszorgen voor MZWV en een grotere focus op preventieve zorgen (Luchenski et al., 2018).

Toegang tot gezondheidszorgen is afhankelijk van de werking van gezondheids-gerelateerde-diensten die inspelen op bepaalde kenmerken van de doelgroep, namelijk MZWV. De karakteristieken van de aanbodzijde gaan een wisselwerking aan met de individuele- of groepskarakteristieken van een patiënt die toegang wilt krijgen tot het zorgaanbod (Levesque, Harris, & Russell, 2013; Whitehead, 1992). Het is belangrijk om de focus te vestigen op het verbeteren van de aanbodzijde van de gezondheidszorg in plaats van de zijde van de patiënt (Mate, Clark, & Salvon-Harman, 2024), de aanbodzijde dient rekening te houden met de kenmerken van MZWV zodat zij hun nodige medische zorgen kunnen verkrijgen (Levesque et al., 2013).

4.3.5.2 Waarnemingsvermogen - Toegankelijkheid

Het vermogen om waar te nemen als patiënt gaat in interactie met de toegankelijkheid van de zorgen. Onder dit vermogen behoort voornamelijk het vertrouwen en de verwachtingen van patiënten, hun gezondheidsopvattingen en hun gezondheidsvaardigheden (Levesque et al., 2013). Er is een gebrek aan medische kennis en gezondheidsvaardigheden aanwezig bij MZWV (De Cock & Verbeeren, 2014; Dixon-Woods et al., 2005; Poulimeneas et al., 2023), dit gaat in interactie met de toegankelijkheid. Hierdoor is er baat dat gezondheidsdiensten voldoende en duidelijke informatie verspreiden omtrent beschikbare diensten en de nodige procedures (Levesque et al., 2013). Momenteel is er echter een tekort aan deze informatie bij reproductieve diensten en DMH (De Cock & Verbeeren, 2014; Kovandžić et al., 2011; Surendran et al., 2024). Bovendien is het complexe systeem afschrikwekkend (K. Debruyne, 2012; POD MI, 2017). Hierdoor is er nood aan het verspreiden van transparante informatie (Levesque et al., 2013; Mate et al., 2024). Een andere mogelijke oplossing voor een toegankelijkere gezondheidszorg is door outreach-activiteiten te organiseren om MZWV meer kennis te verlenen en ondersteuning te bieden met hun navigatie (Dixon-Woods et al., 2005; Levesque et al., 2013). Ook vrijwillige gezondheidsverdedigers die op gelijke voet staan met

MZWV kunnen een aanzienlijke meerwaarde bieden. Met bovenstaande manieren kan er beter ingespeeld worden op de specifieke behoeften van MZWV (Luchenski et al., 2018). Volgens Lafaut en Coene (2023) is de autonomie van MZWV als patiënt onmogelijk. Er zijn personen nodig die zich op een duurzame en toegewijde manier focussen op hun gezondheidszorg. Toch, zouden zelfhulpgroepen en het promoten van gezondheidsvaardigheden, al dan niet online, een meerwaarde kunnen bieden (Surendran et al., 2024).

Het vertrouwen en de verwachtingen van MZWV beïnvloedt evenzeer hun waarnemingsvermogen ten opzichte van de gezondheidszorg (Levesque et al., 2013). Zoals eerder aangehaald vertrouwen MZWV de officiële instanties zoals het OCMW en de gezondheidszorg niet (POD MI, 2017; RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). Om vertrouwen van MZWV terug te winnen zouden ambassadeurs die in hun gemeenschappen zich begeven, helpen. Zij kunnen hen persoonlijk in contact brengen met DMH en de voordelen hiervan. Het is bovendien belangrijk dat deze ambassadeurs benadrukken dat MZWV hun leefsituatie niet bedreigen indien ze zich naar het OCMW begeven (Dokters van de Wereld, 2024).

Het verkrijgen van duidelijke informatie is eveneens nodig voor zorgverleners die in contact kunnen komen met de DMH- procedure, zodat zij kennis hebben dat DMH ook preventieve en curatieve zorgen bevat (Dokters van de Wereld, 2024; Vandezande et al., 2021). Een alternatieve optie om de verwarring omtrent de invulling van DMH op te lossen is door de procedure een andere benaming te geven. Roberfroid et al. (2015), verbonden aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, raden bijvoorbeeld de term ‘Tijdelijke gezondheidsdekking’ of ‘Gezondheidsdekking voor mensen zonder wettig verblijf’ aan. Een overzicht van geneesmiddelen waarbij het OCMW tussenkomt zou eveneens positief kunnen zijn voor zorgverleners. Deze oplossingen werden reeds aangehaald door de Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV (2023).

4.3.5.3 Zoekvermogen – Aanvaardbaarheid

Het zoekvermogen van MZWV hangt samen met de aanvaardbaarheid van het gezondheidszorgsysteem, wat inspeelt op mensen hun perceptie van noden naar gezondheidszorg. De aanvaardbaarheid wordt bepaald door mensen hun sociale normen en waarden (Levesque et al., 2013). Zoals eerder aangehaald is het denken in stereotypen door zorgverleners gevaarlijk voor de motivatie van etnische minderheden om gezondheidszorg op te zoeken (Dixon-Woods et al., 2005; Luchenski et al., 2018). Er moet betracht worden meer acceptatie te ontwikkelen bij zorgverleners (Luchenski et al., 2018). Dit zou bereikt kunnen

worden door zorgverleners te trainen op culturele gevoeligheid, wat de navigatie naar gezondheidszorg kan vergemakkelijken. Er moet echter op gewaakt worden dat het leren van culturele competentie bij personeel niet gebeurt door culturele stereotypen aan te halen (Dixon-Woods et al., 2005; Webb & Sergison, 2003). Bovendien kan één negatieve ervaring met zorgverleners MZWV weerhouden om nodige zorgen te laten behandelen. Om het vertrouwen van MZWV terug te winnen is er baat bij hen proactief te benaderen, door MZWV op te zoeken (met bijvoorbeeld straathoekwerkers) en zorgverleningsprogramma's in hun gemeenschap uit te voeren (De Cock & Verbeeren, 2014; Surendran et al., 2024). Tot slot zou het helpen indien er een grotere focus komt binnen gezondheidsdiensten op het nemen van de nodige tijd om te luisteren naar de noden van patiënten (Luchenski et al., 2018).

4.3.5.4 Bereikbaarheid – Beschikbaarheid en accommodatie

Gezondheids-gerelateerde-diensten zijn op specifieke locaties en tijden beschikbaar, het vermogen van MZWV om deze gezondheidsdiensten te bereiken, is afhankelijk van hun beschikbare transportmogelijkheden (Levesque et al., 2013). Zoals eerder aangehaald zijn MZWV afhankelijk van het openbaar vervoer (Dixon-Woods et al., 2005; RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). Het verzorgen van ziekenhuisvervoer of tussenkomen bij vervoerskosten kan waardevol zijn (Dokters van de Wereld, 2024).

Een andere barrière dat inspeelt op het gebruik van de gezondheidszorg is indien de gesproken taal van MZWV en de gesproken taal aan de aanbodzijde niet overeenkomen. Hierop kan de aanbodzijde inspelen en de nodige aanpassingen maken (Levesque et al., 2013; Luchenski et al., 2018), zoals het aanbieden van tolken (Dixon Woods et al., 2005).

Enkele OCMW's werken met een vaste lijst van zorgverleners waarmee ze afspraken hebben omtrent DMH. Er zijn dus minder zorgverleners waar MZWV naar toe mogen gaan. Met als gevolg dat MZWV naar zorgverleners verder uit hun buurt moeten, wat weer een vervoersprobleem kan betekenen (Dokters van de Wereld, 2024). Een mogelijke oplossing is dat er patiëntgebonden samenwerkingsakkoorden worden aangegaan indien patiënten toch naar een andere zorgverlener gaan (Druyts et al., 2006). Het is belangrijk dat andere zorgverleners zich makkelijk tot de medische conventie kunnen aansluiten (Dokters van de Wereld, 2024). Een andere optie langs de aanbodszijde is de MK, hier wordt later verder op ingegaan (Roberfroid et al., 2015).

4.3.5.5 Betaalvermogen – Betaalbaarheid

Het betaalvermogen van MZWV speelt in op de betaalbaarheid van de gezondheidsdiensten waar MZWV van zouden kunnen genieten (Levesque et al., 2013). MZWV doen vaak aan zwart- en onregelmatig werk (Dokters van de Wereld, 2024; Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht, z.d.d), de inkomsten hiervan kunnen onvoldoende en onzeker zijn. Dokters van de Wereld (2024) raadt hierdoor aan om deze bedragen niet mee te rekenen in het sociaal onderzoek naar behoeftigheid. Aangezien het werk arbeidsintensief is voor het OCMW en deze informatie voornamelijk gebruikt wordt om te bepalen of het remgeld door de POD MI wordt vergoed, wat slechts een klein deel van de totale kosten van DMH uitmaakt (Roberfroid et al., 2015).

4.3.5.6 Vermogen om te engageren – Gepastheid

De gepastheid omtrent de toegang tot de gezondheidszorg gaat over de wisselwerking tussen de noden van MZWV en de gerelateerde diensten waar ze aanspraak op (nodig) hebben. Volgens Levesque et al. (2013) zou een persoon zijn toegang tot de nodige gezondheidszorgen niet mogen afhangen van waar de persoon woont of verblijft (Levesque et al., 2013). Echter, de exacte invulling van de DMH-procedure, evenals de strengheid en toegang tot medische zorg, is sterk afhankelijk van een persoon zijn verblijfplaats (De Cock & Verbeeren, 2014; POD MI, 2017; RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). Roberfroid et al. (2015) raadt aan om het onderzoek omtrent de bestaansmiddelen van MZWV beter te harmoniseren over de verscheidene steden heen.

Bovendien is de kwaliteit van gezondheidszorgen afhankelijk van de continuïteit en toegankelijkheid van de zorgen. (Levesque et al., 2013). Echter, zoals eerder aangehaald is er weinig continuïteit voor MZWV op vlak van hun statuut, wat invloed heeft op hun recht op gezondheidszorgen (POD MI, 2017). Wanneer MZWV verhuizen en hierdoor een ander OCMW bevoegd is, dient er opnieuw een sociaal onderzoek uitgevoerd te worden. Hierdoor is er baat bij het meer verspreiden van informatie onder de verscheidene OCMW's, dit zou bijvoorbeeld kunnen via MediPrima (Roberfroid et al., 2015). Evenzeer zou een goede communicatie- en informatiestroom met Fedasil nuttig zijn (Medimmigrant, 2023). Daarenboven is er weinig continuïteit op het vlak van DMH zelf, aangezien MZWV vaak hun zorgen uitstellen tot ze (terug) recht hebben op DMH (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). Dit probleem zou eveneens kunnen aangepakt worden aan de hand van zorgverleningsprogramma's binnen gemeenschappen of proactief benadert worden (De Cock & Verbeeren, 2014; Surendran et al., 2024).

De DMH-procedure is administratief complex voor de betrokken partijen, daarenboven is er onvoldoende kennis hieromtrent (Dokters van de Wereld, 2024). Er is behoefte aan meer en duidelijkere communicatie tussen verscheidene actoren, namelijk het OCMW, het HZIV, de POD MI, middenveldorganisaties, apothekers en zorgverleners. Dit is mogelijk aan de hand van een document dat beschrijft wat er van elke actor verwacht wordt voor een goed verloop van de DMH-procedure. Deze afspraken worden best in verscheidene talen op een website geplaatst (Roberfroid et al., 2015). Het implementeren van MediPrima bij huisartsen en apothekers, zou de financiering van DMH rationaliseren en vereenvoudigen (De Cock & Verbeeren, 2014; POD MI, 2017).

Het is bovendien zeer belangrijk dat MZWV over voldoende informatie bezitten omtrent de gezondheidszorg, de DMH-procedure en hoe ze dit verkrijgen (Levesque et al., 2013). Echter, volgens Lafaut en Coene (2023) focussen aanbevelingen voor het verbeteren van de toegang tot de gezondheidszorg voor MZWV te vaak op het verspreiden van informatie. Het distribueren hiervan lost nog steeds niet het tekort aan autonomie voor MZWV op. Er is voornamelijk nood aan het integreren van MZWV binnen de reguliere werking van de gezondheidszorg in plaats van een tijdelijke aanvraagprocedure (Lafaut & Coene, 2023).

In Bijlage 1 is er een kort overzicht te vinden omtrent de beschreven problemen en mogelijke oplossingen rond DMH voor MZWV. Hoewel er meerdere mogelijke oplossingen zijn, worden deze niet allemaal behandeld gezien de reikwijdte van dit onderzoek.

4.3.5.7 MK als oplossing

Zoals eerder besproken kan de MK een oplossing bieden voor enkele problemen binnen ELZ Leuven. Druyts et al. (2006) definiëren een MK als een document waarmee het OCMW de zorgverlener aantoont dat de gepresteerde kosten binnen het kader van DMH terug worden betaald. De MK geldt voor alle medische kosten binnen een bepaalde periode, terwijl een normale betalingsverbintenis vaak slechts geldt voor één bepaalde kost. Deze medische kosten kunnen vooraf afgelijnd zijn, bijvoorbeeld enkel kosten die te maken hebben met de zwangerschap, of gewoon alle medische kosten die zijn opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur. De MK wordt door het OCMW meegegeven met MZWV die het recht tot DMH hebben verkregen om te bewijzen aan zorgverleners dat het OCMW tussen de kosten komt. De duur van de kaart kan bepaald worden door het bevoegde OCMW en kan verschillen per cliënt. Het kan periodiek werken, zoals bijvoorbeeld een kaart dat geldig is voor telkens 3 maanden, zonder dat er op voorhand vraag is naar medische zorgen. De kaart kan ook werken

voor een specifieke situatie of aandoening, de kaart kan bijvoorbeeld geldig blijven gedurende de persoon haar zwangerschap (Druyts et al., 2006).

Dankzij de MK weet de zorgverlener onmiddellijk dat de persoon gekend staat bij het OCMW en kan er gezien worden welke OCMW-medewerker de patiënt opvolgt (Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV, 2023). Aan de hand van de MK staan de regels omtrent DMH duidelijk vast, hierdoor weten zorgverleners en apothekers beter wat hun rol is in het verlenen ervan; met als gevolg dat er een zekerheid is voor zorgverleners dat de kosten die zij maakten, terugbetaald zullen worden. De zorgverlener heeft bovendien makkelijk toegang tot de nodige informatie, waardoor zij minder opzoekwerk hebben. Ook voor MZWV kan dit zorgen voor meer en duidelijkere informatie, er is geweten welke procedure zij moeten doorlopen voor recht te hebben op DMH en onder welke voorwaarden (Druyts et al., 2006). Na het verlopen van de geldigheidsperiode zou de kaart bovendien makkelijk vernieuwd kunnen worden. Met de MK zou het eveneens mogelijk zijn om het medisch dossier bij te houden en beheren aangezien MZWV geen identiteitskaart bezitten (Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV, 2023).

Bij de implementatie moet het OCMW op voorhand bepalen hoe ze ervoor zullen zorgen dat geen overconsumptie wordt gepleegd en dat voldoende controle aanwezig is over zorgverleners en MZWV. Indien de MK geïmplementeerd wordt is structurele veranderingen en afspraken met zorgverleners, middenveldorganisaties en apothekers genoodzaakt (Druyts et al., 2006). Hoewel de MK per OCMW verschillend kan ingevuld worden zijn er enkele gegevens dat zeker op aanwezig moeten zijn om een goede werking te garanderen, zie hiervoor Tabel 1 (Druyts et al., 2006).

Tabel 1.

Noodzakelijk, goede en mogelijke informatie voor op de MK

Informatie voor op de MK	Noodzakelijk	Goed	Mogelijk
Term DMH	✓		
Het bevoegde OCMW	✓		
Naam en adres cliënt	✓		
Naam voogd indien minderjarig kind	✓		
Welke verblijfsdocumenten als identificatiemiddel mogen gebruikt worden	✓		

Contactgegevens maatschappelijk werker binnen het OCMW van cliënt	✓	
Naar waar de documenten gestuurd moeten worden (rekening, attest)	✓	
Termijn waarbinnen OCMW moet verwittigd worden over verleende zorgen (zodat 45dagentermijn van de POD MI kan gerespecteerd worden)	✓	
Termijn waarbinnen het medisch attest dient doorgestuurd te worden	✓	
Termijn waarbinnen de factuur dient bezorgd te worden (zodat het OCMW het binnen de 12 maanden kan terugvorderen van de Staat)	✓	
Wat er vermeld dient te worden bij factuur (RIZIV-nummer en rekeningnummer van zorgverlener…) en toevoegen individuele rekening, uitreksel verpleegnota	✓	
Termijn waarbinnen zorgverleners terugbetaald zullen worden	✓	
Datum van overhandiging	✓	
Geldigheidsperiode van de kaart	✓	
Al dan niet aflijnen van prestaties die worden terugbetaald	✓	
Noodzaak van het attest DMH	✓	
Aflijnen bij welke zorgverleners MK kan gebruikt worden (huisarts, kinesist, tandarts, specialist…)		✓
Of de MK gebruikt kan worden voor voorschriften zoals geneesmiddelen en kinesitherapie van de zorgverlener		✓
Welke medicatie gedekt wordt door het OCMW (al dan niet D-lijst medicatie)		✓
Vermelden dat op het voorschrift voor geneesmiddelen de term ‘DMH’ moet staan		✓
Welke kosten het OCMW vergoedt, al dan niet inclusief de remgelden		✓

Verwijzing naar de medische conventie indien bestaande	✓
Recht over vrije keuze van zorgverlener	✓
Lijst zorgverleners die het OCMW aanraadt die gekend zijn met de DMH-procedure	✓
Enkel voorschrijven generische (goedkopere) geneesmiddelen	✓

Bron*:* Druyts et al., 2006 (+ eigen bewerking)

Deze informatie zou op een MK-document kunnen staan voor een goede DMH-procedure, een voorbeeld van zo een MK is opgesteld door Druyts et al. (2006) en te vinden in Bijlage 2. Bovendien wordt er aangeraden een apart kaartje mee te geven met de DMH-cliënt ter identificatie, dit geplastificeerd kaartje, moet meegenomen worden zodat de MK geldig is. Hier staat best de term 'medische kaart', een foto van de persoon in kwestie, de contactinformatie van het bevoegde OCMW op en een stempel om de authenticiteit van de kaart te garanderen. Evenzeer moet duidelijk blijven dat het attest DMH vereist is voor alle verleende zorgen, afhankelijke van de nodige zorgen kan dit attest gelden voor een reeks van behandelingen of één behandeling. Echter, deze MK-document is niet handig in gebruik aangezien het nog steeds een A4 formulier is, wat de Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV (2023) onhandig vindt. Er dient een ander soort MK gevonden te worden. Eveneens moet er een afweging gemaakt worden ten opzichte van de geldigheidsduur van de MK, deze mag niet te lang geldig zijn aangezien het statuut van een persoon snel kan veranderen, maar ook niet te kort aangezien het zorgt voor een hogere werklast voor OCMW-medewerkers en de cliënt telkens voor vernieuwing naar het OCMW moet gaan. Echter, de POD MI betaalt slechts de kosten terug indien de kaart een geldigheidsduur heeft van maximaal 3 maanden (Druyts et al., 2006).

4.3.6 DMH-procedure in verschillende steden

Elk OCMW kent zijn eigen soort problemen en eigen positieve initiatieven, in dit onderdeel worden enkele voorbeelden besproken. De Brusselse OCMW's hanteren een gezamenlijke lijst van geneesmiddelen met categorie D (behoren niet tot de RIZIV-nomenclatuur) die toch terugbetaald worden met de financiën van het OCMW. Dit zorgt voor meer samenhang over de OCMW's en deelgemeenten heen (Brulocalis, 2022; POD MI, 2022). Echter, de territoriale bevoegdheid van de Brusselse OCMW's is zeer moeilijk. Het station Brussel-Noord is bijvoorbeeld verdeeld over drie verscheidene OCMW's; de verdieping en soms zelfs de trap

waar de persoon het meest verblijft bepaald welk van de drie OCMW's bevoegd is (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). Evenzeer zijn er zorgverleners die weigeren MZWV te helpen aangezien ze de DMH- procedure niet begrijpen (Vandezande et al., 2021).

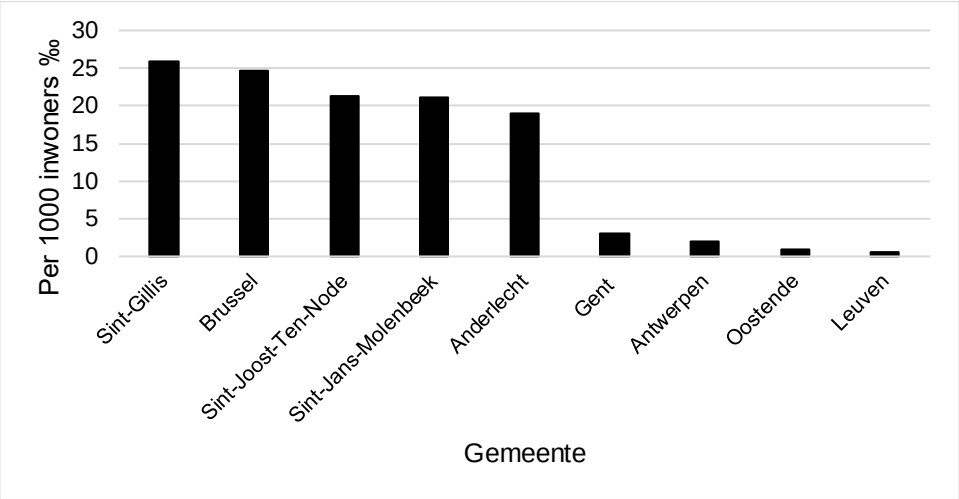
De Antwerpse OCMW's vergoeden bovenop de RIZIV-nomenclatuur anticonceptiemiddelen, uitgezonderd condooms. In Antwerpen is er echter een hoge weigeringsgraad van MZWV voor DMH, vaak zonder uitleg waarom deze weigeringen plaatsvinden, met als effect dat veel zorgverleners niet meer met DMH willen werken (Vandezande et al., 2021).

Zoals reeds aangehaald is de MK een goed initiatief om de gezondheidszorg voor MZWV te verbeteren. In Gent wordt er met zo een MK gewerkt, voor MZWV en Unieburgers die zijn buitengesloten van hun maatschappelijke dienstverlening. Indien een persoon recht heeft verkregen op DMH, moet deze telkens zijn MK vertonen aan de zorgverlener tijdens een afspraak. Na de verleende zorgen en het aantonen van de MK dient de zorgverlener gebruik te maken van het attest DMH dat beschikbaar is op de site van Stad Gent (Hullebroeck, 2020b). Dit attest dient ondertekent te worden door MZWV. MZWV moeten eveneens de MK tonen indien ze naar een apotheker gaan (Hullebroeck, 2020a). Ook Oostende (z.d.) werkt met een gelijkaardige kaart, echter, hier is weinig informatie online over terug te vinden. Het is dus interessant om betrokken actoren in deze steden te interviewen om meer informatie te vergaren omtrent de MK en de voordelen en nadelen dat het teweeg brengt.

De hoeveelheid personen die het recht op DMH effectief verkrijgen verschilt erg op gemeentelijk niveau. De vijf gemeenten die de meeste DMH-cliënten hebben zijn Sint-Gillis, Brussel, Sint-Joost-Ten-Node, Sint-Jans-Molenbeek en Anderlecht (POD MI, 2025). De steden die in dit onderdeel zijn besproken, met uitzondering van Brussel, hebben allemaal een aanzienlijk lager aantal DMH-begunstigden, in vergelijking met de top 5. Dit zou kunnen duiden op een beperkt of afwezig aanzuigeffect, dit zou namelijk betekenen dat MZWV zich naar deze steden verplaatsen vanwege de toegankelijkere gezondheidszorg. Migranten zoeken evenzeer niet naar landen met een goede sociale zekerheid, maar eerder naar landen waar ze hoop hebben werk te vinden of volgen ze gewoonweg hun familieleden (Danckaers, 2016). Het aantal DMH-begunstigden in Leuven omvat alle deelgemeenten die tot ELZ Leuven behoren, wat een nauwkeurig beeld van de situatie geeft voor dit onderzoek (POD MI, 2025). Deze verdeling is zichtbaar in Figuur 1.

Figuur 1.

Aantal DMH-begunstigden per stad in 2023



Bron: POD MI, 2025 (+ eigen bewerking)

4.4 Implementatiekader

Om een succesvolle en duurzame implementatie van een interventie te bereiken is het essentieel om de context systematisch en op verscheidene aspecten te beoordelen. Een implementatiekader kan hierbij een bijdrage leveren (Damschroder et al., 2009). Een relevant implementatiekader binnen de gezondheidszorg is de TICD-checklist van Flottorp et al. (2013). Deze checklist is vervaardigd aan de hand van een diepgaande review van bestaande implementatiekaders en onderzoeken en kijkt naar factoren op verscheidene niveaus. Evenzeer wordt de CFIR-typologie van Damschroder et al. (2009) veelvuldig gebruikt voor implementaties binnen de gezondheidszorg.

De TICD-checklist helpt bij het identificeren van de determinanten die de implementatie van een interventie kunnen bevorderen of bemoeilijken. De checklist identificeert zeven niveaus van factoren, namelijk: richtlijnen, individuele zorgverleners, de patiënt, professionele wisselwerkingen, middelen en stimulansen en de juridische, politieke en sociale context (Flottorp et al., 2013).

Het eerste niveau van de TICD-checklist betreft de factoren van de richtlijn, zoals percepties van de betrokkenen omtrent de helderheid en sterkte van de aanbeveling. Onduidelijke of dubbelzinnige richtlijnen belemmeren de implementatie. Daarnaast is er baat bij dat de aanbeveling ‘culturally appropriate’ is en aansluit bij de waarden en normen van de huidige praktijk (Damschroder et al., 2009; Flottorp et al., 2013; Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004). De beschikbaarheid van informatie bevat eveneens een cruciale rol (Flottorp et al., 2013). Tot slot dient het gedrag behorend tot de aanbeveling van de implementatie complementair te zijn met de bestaande werkwijze van betrokken

organisaties. Eveneens is het essentieel om te kijken of de betrokkenen van mening zijn dat de interventie op voorhand dient getest te worden en welke problemen de interventie precies wilt verbeteren (Damschroder et al., 2009; Flottorp et al., 2013; Moore et al., 2021).

Op niveau twee kijkt de checklist naar de invloed van individuele factoren van de betrokkenen op het succes van de interventie, namelijk hun kennis, vaardigheden en attitudes. Een succesvolle implementatie vereist dat zij voldoende inzicht hebben in zowel de context als de interventie zelf. Een kennisskloof tussen experten en betrokkenen kan namelijk de effectiviteit ondermijnen. Evenzeer speelt de motivatie en houding van de betrokkenen een belangrijke rol (Damschroder et al., 2009; Flottorp et al., 2013). Tot slot is het relevant om het professionele gedrag en samenwerkingen tussen actoren in kaart te brengen (Flottorp et al., 2013).

Binnen het niveau van de factoren van de patiënten ligt de focus voornamelijk op de kennis van de betrokkenen omtrent de noden en eisen van de doelgroep van patiënten, maar ook in hun kennis omtrent de patiënten hun rechten, de gezondheidszorg in het algemeen en de motivatie om benodigde zorgen op te zoeken. Er is mogelijks een discrepantie tussen de percepties van betrokkenen en de werkelijkheid. Het is belangrijk dat actoren over voldoende competenties en kennis beschikken om patiënten correct te kunnen ondersteunen en informeren (Flottorp et al., 2013).

Op het niveau van de professionele interacties toont Flottorp et al. (2013) aan dat een effectieve implementatie goede team- en doorverwijzingsprocessen vereist. Teamprocessen verwijzen voornamelijk naar de vaardigheden van de organisatie die nodig zijn om met de nieuwe interventie te werken. Doorverwijzingsprocessen hebben betrekking op een vlotte doorverwijzing van patiënten tussen organisaties en/of instellingen.

Bovendien besteed de TICD-checklist aandacht aan de beschikbaarheid van middelen binnen organisaties om hun werking aan te passen om met de nieuwe implementatie te leren werken. De wijze waarop de organisatie hun informatiesysteem werkt en of de organisatie beschikbare hulp heeft voor het nemen van beslissingen, kan eveneens de implementatie bevorderen of hinderen (Flottorp et al., 2013).

Het niveau van de capaciteit voor de organisatorische veranderingen bevat de mate waarin de organisatie kan veranderen voor de implementatie door te voeren. De aanwezigheid van sterk leiderschap, de bereidheid tot verandering, de perceptie van urgentie rond de interventie en de bevonden sterkte van voor- en tegenstanders zijn belangrijke factoren die in kaart dienen gebracht te worden (Damschroder et al., 2009; Flottorp et al., 2013).

Tot slot kunnen economische beperkingen en politiek een invloed hebben op de implementatie. Organisaties kunnen bijvoorbeeld gefinancierd worden door externe actoren wat het beleid en de effectiviteit van de interventie kan beïnvloeden (Damschroder et al., 2009; Flottorp et al., 2013; Moore et al., 2021).

5. Verwachtingen onderzoek

Dit onderzoek tracht de complexe procedures omtrent DMH te verduidelijken en gestructureerd weer te geven. Er wordt gezocht naar de meerwaarde van de MK en hoe deze er uit zou moeten zien. Bovendien probeert deze studie aan de hand van interviews met betrokken actoren te onderzoeken of de implementatie van de MK een mogelijkheid biedt voor ELZ Leuven en op welke manier dit best geïmplementeerd kan worden. Tot slot probeert deze dissertatie andere mogelijke oplossingen te vinden om de DMH-procedure te verbeteren.

6. Onderzoekstechnisch ontwerp

6.1 Methodologie

Dit masterproefonderzoek analyseert de mogelijke toepassing van een MK binnen ELZ Leuven om de toegang tot de gezondheidszorg voor MZWV, binnen het kader van DMH, te verbeteren. Deze studie behoort tot de groep van evaluatieonderzoeken (Roose & Meuleman, 2021), aangezien een middenveldorganisatie, VZW ROM, een praktijkprobleem vaststelde, namelijk de werking van DMH binnen ELZ Leuven en stelde dit via de Wetenschapswinkel voor aan een onderzoeker (KU Leuven, 2024; Roose & Meuleman, 2021). Een evaluatieonderzoek maakt een uitvoerige vaststelling van de huidige omstandigheden en de problemen die hierin vervat zitten (Roose & Meuleman, 2021). Deze noties werden reeds uitgevoerd in de literatuurstudie. Vervolgens moet er een interventie ontworpen worden om de problemen in ELZ Leuven te verbeteren (Roose & Meuleman, 2021).

De MK zoals die werkzaam is in Gent en Oostende kan als voorbeeld dienen voor deze in ELZ Leuven. Het implementeren van beleidsinterventies die reeds bestaan in andere contexten, is namelijk efficiënter dan in elke stad een apart interventieplan op te starten (Moore et al., 2021). Echter, de effectiviteit van de implementatie hangt sterk af van de context waarin deze plaatsvindt, zoals politieke, economische en sociale factoren die de uitvoering beïnvloeden (Moore et al., 2021; Pettigrew, Woodman & Cameron, 2001). De context is

namelijk geen passieve achtergrond voor interventies, maar bestaat uit actieve variabelen die met elkaar interageren (Damschroder et al., 2009; Dopson & Fitzgerald, 2006). Daarom is een goede afstemming tussen interventie en context essentieel. Om de toepasbaarheid van de MK in ELZ Leuven te beoordelen, is gedetailleerde informatie nodig over de implementatie in Gent en Oostende, evenals de lokale context van ELZ Leuven (Moore et al., 2021). Hierbij moet rekening gehouden worden met beleidskaders (lokaal en nationaal), organisatorische en dienstverlenende factoren en de cultuur en opvattingen van betrokkenen, die kunnen verschillen tussen steden (Damschroder et al., 2009; Moore et al., 2021).

Om deze context na te gaan worden belanghebbenden betrokken aan de hand van een kwalitatieve onderzoeksmethode, via diepte-interviews. Het onderzoek is crosssectioneel van aard en maakt gebruik van half-gestructureerde interviews. Hieruit volgt dat de belanghebbenden bevraagd worden op basis van een vooraf opgestelde vragenlijst waarvan afgeweken kan worden indien noodzakelijk geacht (Roose & Meuleman, 2021). Om een systematisch en omvangrijk beeld te krijgen van de context in ELZ Leuven, Gent en Oostende wordt er aangeraden om een bestaande omkadering te gebruiken (Moore et al., 2021). De vragenlijst werd hierdoor opgesteld aan de hand van de TICD-checklist van Flottorp et al. (2013) en aangevuld met de CFIR-typologie van Damschroder et al. (2009).

Het interview kan online of op locatie plaatsvinden. Bij elk interview wordt de audio opgenomen, met als doel het interview later te transcriberen aan de hand van de programma's Turboscripe en sonix.ai. Op deze manier kunnen de verzamelde gegevens meer exploratief benaderd worden. Bovendien zijn besluiten over wat belangrijk is in de verzamelde gegevens niet definitief, waardoor de analyse kan aangepast worden (Hesters, 2021). De grounded theory-benadering van Glaser en Strauss (1967) wordt gebruikt om de transcripties te coderen in het softwareprogramma Nvivo. Hierbij wordt eerst open gecodeerd, de getranscribeerde data krijgen codes toegeschreven. Hierna wordt er axiaal gecodeerd, voorgenoemde codes worden samengebracht tot categorieën en relaties tussen de codes worden gezocht. Dit is een inductief proces (Glaser & Strauss, 1967). Echter, binnen dit onderzoek zijn voorgenoemde implementatiekaders nodig om het onderzoek gestructureerd en alomvattend te doen verlopen. Hierdoor wordt de laatste vorm van coderen niet uitgevoerd conform Glaser en Strauss (1967), maar volgens het onderzoek van Wong, Han, Thomas en Knowles (2025). Zij opteren om de categorieën die voortkomen uit het axiaal coderen deductief te coderen aan de hand van de determinanten uit de TICD-checklist. In dit onderzoek wordt dit ook gedaan, maar dan met behulp van zowel de TICD-checklist als de CFIR-typologie. De transcripties en persoonsgegevens worden bovendien volledig gepseudonimiseerd, zodat de privacy van de respondenten gegarandeerd zijn (Roose & Meuleman, 2021).

Er is geopteerd voor diepte-interviews als dataverzamelingsmethode aangezien gevraagd wordt naar de kennis en standpunten van de betrokken personen op een diepgaande wijze. Bovendien is er ruimte om op specifieke zaken meer in te gaan, bepaalde vragen over te slagen of aanvullende toelichtingen te geven (Roose & Meuleman, 2021). Eveneens gebruiken andere artikels die de TICD-checklist of de CFIR-typologie hanteren diepte-interviews (Depla, Crombag, Franx, & Bekker, 2021; Dunlop, et al., 2023. Wong et al., 2025). Deze keuze heeft echter als gevolg dat er geen plaats is voor veralgemenende uitspraken en statistische analyses (Roose & Meuleman, 2021).

6.2 Onderzoekspopulatie en steekproefkader

De steekproef van dit onderzoek is theoretisch en doelgericht. Enkel actoren die in contact (kunnen) komen met DMH worden bevraagd. Een toevalsteekproef voor de selectie van respondenten is binnen dit onderzoek niet nuttig (Roose & Meuleman, 2021). Het is een crossectioneel onderzoek, de respondenten worden slechts éénmalig geïnterviewd tussen december 2024 en mei 2025. Dit onderzoek wil nagaan of een MK de werking van DMH voor alle actoren kan verbeteren. Daarom is het cruciaal om deze actoren actief te betrekken, aangezien hun perspectieven, die kunnen verschillen van elkaar en van experten, een grote invloed hebben op de effectiviteit van de interventie (Damschroder et al., 2009). Het is essentieel om binnen dit onderzoek medische en sociale zorgverleners, apothekers, medewerkers van overheidsinstantie, beleidsactor, gemeenschapshelpers en een expert in mensenrechten te betrekken.

Medische en sociale zorgverleners kunnen in contact komen met MZWV wanneer zij medische hulp zoeken. In bepaalde praktijken zijn er sociale zorgverleners aanwezig, zij ondersteunen medische zorgverleners met administratieve en financiële taken. Zij komen dus vaker in contact en zijn meer vertrouwd met de DMH-procedure. Apothekers hebben andere moeilijkheden of noden dan voorgaande groep, zij kunnen bijvoorbeeld niet het attest DMH ondertekenen, maar hebben dit wel nodig om medicatie te kunnen meegeven (Druyts et al., 2006). Overheidsinstanties spelen een rol in maatschappelijke dienstverlening, kunnen doorverwijzen naar andere soorten hulpverlening en zijn bovendien betrokken bij aanvragen omtrent DMH. Gemeenschapshelpers binnen middenveldorganisaties of vrijwilligersorganisaties bouwen vertrouwensrelaties op met MZWV en kunnen fungeren als brugfiguur met overheidsdiensten, apothekers en zorgverleners. Boost (2024) haalt aan dat middenveldorganisaties geregeld zorgen voor het overleven van MZWV, zij kunnen als stem van MZWV fungeren. Een beleidsactor binnen ELZ Leuven kan inzichten bieden omtrent de

houding van ELZ Leuven ten opzichte van de MK en de toekomstige mogelijkheden. Echter, het interview werd afgelast, wel werd meegegeven dat Leuven voorstander is voor de implementatie van de MK en dat dit in de bestuursnota vermeld staat. De verschillende niveaus binnen de gezondheidszorg worden in dit onderzoek betrokken (Damschroder et al., 2009; Ferlie & Shortell, 2001):

- Patiëntniveau: Gemeenschapshelpers
- Zorgteamniveau: medische en sociale zorgverleners, apothekers
- Organisatie- en beleidsniveau: medewerkers van overheidsinstanties, beleidsactoren

De expert in mensenrechten kan bovendien inzichten bieden in de werking van DMH in andere steden en mogelijke noden en oplossingen aanreiken. Voor de actoren binnen Gent en Oostende is het voornamelijk interessant om de werking van hun MK te verkennen, waarvoor een medewerker van een overheidsinstantie kan worden geïnterviewd. Op aanraden van de Wetenschapswinkel en VZW ROM wordt evenzeer een gemeenschapshelper in Gent bevraagd, gezien het ruime aanbod aan organisaties werkend met mensen in kwetsbare situaties. Voor ELZ Leuven is het aangewezen om alle hierboven genoemde actoren te bevragen.

De selectie van gemeenschapshelpers gebeurt op basis van een lijst met middenveldorganisaties, opgesteld in overleg met VZW ROM en de Wetenschapswinkel. Een gelijkaardige reputatie-steekproef wordt toegepast voor het selecteren van een beleidsactor en een expert in mensenrechten. Voor het selecteren van één apotheker binnen ELZ Leuven wordt gebruikgemaakt van een groslijst (Swanborn, 2016). Het selecteren van een medische en sociale zorgverlener gebeurt op een gelijkaardige manier. Overheidsinstanties in Gent, Oostende en ELZ Leuven worden via mail gecontacteerd met de vraag of een medewerker met kennis van of ervaring met DMH wil deelnemen.

Bij het bepalen van het aantal te interviewen actoren wordt geopteerd voor één apotheker, één sociaal en één medisch zorgverlener, als compromis tussen diepgang en haalbaarheid (Swanborn, 2016). Hoewel er binnen deze groepen variatie bestaat, zijn hun ervaringen grotendeels vergelijkbaar aangezien ze niet met een specifieke doelgroep werken. De geselecteerde medisch zorgverlener bleek tijdens het interviewen een sociaal zorgverlener te zijn. Andere medische zorgverleners die op diverse manieren werden gecontacteerd, toonden geen interesse. Dit onderzoek neemt hierdoor twee sociaal zorgverleners op en geen medische. Echter, werken zij nauw samen met de medische zorgverleners en hebben ze meer expertise omtrent DMH. Er wordt ook slechts één expert in mensenrechten en één beleidsactor in dit onderzoek betrokken, beiden zijn komen veel in contact met dit onderwerp. Binnen ELZ Leuven is er veel variatie tussen middenveldorganisaties op vlak van doelgroep en werking.

Aangezien zij mensen op uiteenlopende manier ondersteunen en in contact komen met MZWV, is het aannemelijk dat zij verschillende problematieken en oplossingen zullen inzien.

De Sociaal-maatschappelijke Ethische Commissie (SMEC) keurde dit onderzoek goed. De respondenten ontvangen een informatiebrief met alle belangrijke gegevens over het onderzoek. Indien de personen bereid zijn om deel te nemen aan het onderzoek krijgen ze een geïnformeerde toestemmingsformulier.

Voor het bespreken van de resultaten krijgen respondenten een eigen code, deze persoonlijke codes zijn terug te vinden in tabel 2.

Tabel 2

Persoonlijke codes per respondent

Code	Functie	Datum
R1	Expert in mensenrechten	3 december 2024
R2	Gemeenschapshelper	5 december 2024
R3	Medewerker overheidsinstantie	3 december 2024
R4	Medewerker overheidsinstantie	11 december 2024
R5	Gemeenschapshelper	25 maart 2025
R6	Gemeenschapshelper	28 maart 2025
R7	Gemeenschapshelper	7 april 2025
R8	Apotheker	8 april 2025
R9	Sociaal Zorgverlener	9 april 2025
R10	Sociaal Zorgverlener	17 april 2025
R11	Medewerker Overheidsinstantie	16 april 2025

6.3 Operationalisering

6.3.1 Interviews buiten ELZ Leuven

Dit onderzoek wil nagaan hoe een MK op een effectieve wijze in ELZ Leuven kan worden geïmplementeerd aan de hand van interviews met voorgenoemde actoren. Het doel van het interview en de benodigde informatie verschilt per actor; er is een duidelijk onderscheid tussen de interviews met actoren in Gent, Oostende en de expert in mensenrechten enerzijds, en de actoren binnen ELZ Leuven anderzijds.

Om binnen dit onderzoek inzicht te krijgen in de afspraken en samenwerkingen van andere ELZ's en wat ELZ Leuven hiervuit kan leren, zijn voornamelijk de interviews met de medewerkers van de overheidsinstanties in Gent en Oostende, evenals met de gemeenschapshelper van Gent, van belang. Eerst en vooral is er baat bij het achterhalen hoe hun organisatie in contact komt met MZWV en DMH, dit wordt gedaan met een open vraag om een volledig beeld te verkrijgen. Er dient meer informatie verzameld te worden omtrent hun werking en hun MK. Eveneens is het essentieel om te achterhalen waarom de MK een voordeel kan zijn voor ELZ Leuven en wat de impact is op verscheidene actoren en de toegang tot de gezondheidszorg. Ook dient nagegaan te worden of enkele beperkingen of risico's voordoen bij het gebruiken van de MK, zoals de impact op de privacy en veiligheid van MZWV en het tekort aan kennis van MZWV omtrent DMH. Hoe kan volgens medewerkers van de overheidsinstantie deze probleem verminderen? Om de MK te kunnen implementeren binnen ELZ Leuven is er kennis nodig omtrent de implementatiestappen in steden Gent en Oostende. Bovendien moeten de omstandigheden achterhaald worden waarin de MK werd geïmplementeerd en hoe dit op een goede wijze kan gebeuren.

Voor de expert in mensenrechten is het voornamelijk belangrijk om informatie te vergaren omtrent de werking van DMH in verscheidene steden, aangezien deze veel kennis heeft omtrent verschillen tussen steden in toegang tot gezondheidszorgen voor MZWV. Dit wordt gedaan via een open vraag zodat de expert kan vertellen wat belangrijk en van toepassing is. Eveneens dient er achterhaalt te worden wat de voordelen en risico's (voor de verscheidene betrokken) zijn van de MK, aangezien deze actor weet heeft van verscheidene onderzoeken. Tot slot moet er achterhaald worden welke factoren benodigd zijn voor een breed geaccepteerde implementatie.

Een overzicht van de vragenlijst, gesorteerd per actor en te onderzoeken concept is te vinden in Bijlage 3.

6.3.2 Interviews binnen ELZ Leuven

6.3.2.1 Implementatiekader van Flottorp en Damschroder

De interviews binnen ELZ Leuven hebben als doel de voorwaarden te achterhalen om de MK op een effectieve wijze te implementeren, hiervoor wordt de TICD-checklist van Flottorp et al. (2013) gebruikt en aangevuld met de CFIR-typologie van Damschroder et al. (2009).

Om het niveau van de factoren van de richtlijn te beoordelen, moet eerst worden vastgesteld of het feit dat de MK in andere steden werkt, voldoende bewijskracht heeft voor de betrokkenen. Daarnaast is het van belang te achterhalen of de MK-aanbeveling als helder wordt bevonden en of voldoende informatie beschikbaar is. Eveneens moet nagegaan worden of de MK past bij de huidige normen en waarden en werking van de organisatie. Ten slotte is het essentieel dat de actoren inzicht hebben in welke problemen de MK wilt verbeteren (Damschroder et al., 2009; Flottorp et al., 2013).

Op het niveau van de individuele factoren van de betrokkenen wordt hun kennis omtrent DMH, MZWV en de MK nagegaan. Het bevragen hiervan kan bovendien zorgen dat barrières tot de gezondheidszorg ontdekt worden die niet in de literatuur naar boven kwamen. Eveneens is hun houding en motivatie ten opzichte van de MK een belangrijke factor om aandacht aan te besteden. Het is hierbij ook interessant om te bevragen of de actoren geloven dat MZWV DMH misbruiken en of dit vermijdbaar is met de MK. Hoe ontvangen de betrokkenen liefst informatie en hoe proberen ze MZWV te helpen (Damschroder et al., 2009; Flottorp et al., 2013)?

Het is eveneens van belang dat de betrokken actoren voldoende kennis beschikken over de noden en eisen van MZWV en dat dit overeenkomt met hun echte behoeften, MZWV dienen namelijk op een gepaste manier geholpen te worden. Er dient gekeken te worden of betrokkenen voldoende begrip hebben omtrent de kennis van MZWV over DMH en de gezondheidszorg in het algemeen. Er is baat bij dat actoren MZWV voldoende kunnen informeren en overtuigen van het beroepsgeheim (Dokters van de Wereld, 2024; Flottorp et al., 2013). Daarenboven moeten ze voldoende kennis hebben omtrent de motivatie van MZWV om DMH aan te vragen (Flottorp et al., 2013).

Er moet onderzocht worden of betrokkenen de nodige vaardigheden beschikken om met de MK te werken en MZWV te ondersteunen. Eveneens dient achterhaald te worden of voldoende doorverwezen wordt en voldoende communicatie aanwezig is tussen organisaties die werken met MZWV (Flottorp et al., 2013).

De respondenten dienen bevraagd te worden of hun organisatie de benodigde middelen heeft om hun werking naar de MK te veranderen. Heeft de organisatie voldoende informatie ter beschikking binnen hun eigen organisatie, maar ook met bijvoorbeeld het OCMW? Is er voldoende hulp en ondersteuning bij het nemen van beslissingen (Flottorp et al., 2013)?

Om meer te achterhalen welke veranderingen benodigd zijn voor de implementatie van de MK wordt voornamelijk de medewerker van een overheidsinstantie bevraagd. Eveneens het leiderschap en de voor- en tegenstanders omtrent de MK dienen in kaart te worden gebracht (Flottorp et al., 2013).

Economische beperkingen kunnen daarenboven de implementatie van de MK belemmeren of bevorderen. Eveneens is het mogelijk dat middenveldorganisaties gefinancierd worden door bepaalde actoren of organisaties, wat belangrijk is om te achterhalen aangezien zij invloed kunnen hebben op het succes van de MK (Flottorp et al., 2013).

Bovenstaande factoren zijn belangrijke randvoorwaarden die benodigd zijn voor een goede implementatie en goede werking van de MK voor MZWV in ELZ Leuven.

6.3.2.2 Aanvullende vragen

Volgens Damschroder et al. (2009) is een implementatie effectiever indien betrokkenen een gelijkaardige reputatie geven aan de implementatie als experten en leidinggevenden. Bovendien is het essentieel om bij het evalueren van een mogelijke implementatie de stakeholders en hun opvattingen te betrekken (Damschroder et al., 2009; Moore et al., 2021). Er is hierdoor baat bij het bevragen van hun opinies omtrent aspecten van de interventie, zodat hiermee rekening kan worden gehouden. Er kan gevraagd worden hoe zij het toekennen van de MK zien en welke informatie er op moet staan. Hierbij kan de opsomming van Druyts et al. (2006) gebruikt worden, te vinden in tabel 2, genaamd 'Noodzakelijke, goede en mogelijke informatie voor op de MK'. Daarnaast kan hun opinie worden nagegaan omtrent het al dan niet hebben van een vaste lijst van zorgverleners (Druyts et al., 2006). Het is bovendien belangrijk om te bevragen welke informatie MZWV en zorgverleners toegang tot moeten hebben omtrent de MK en DMH en op welke wijze dit best zou kunnen. Evenzeer dienen de noden van de betrokkenen om op een correcte wijze de procedures te kunnen volgen onderzocht te worden. Evenzeer dient achterhaald te worden wie betrokken moet worden in het proces naar de implementatie van de MK, zodat er een goede werking kan gegarandeerd worden (Damschroder et al., 2009).

Ten slotte is het belangrijk om te kijken of andere oplossingen mogelijk zijn om het DMH-systeem te verbeteren los van de MK. Hoewel deze masterproef gebeurde op aanvraag van VZW ROM en specifiek gevraagd werd voor het onderzoeken van de MK, blijft een reflectie nodig of het wel de meest geschikte interventie is voor de verbeterde toegang tot de gezondheidszorg voor MZWV binnen ELZ Leuven (Moore et al., 2021).

Bijlage 4 geeft een overzicht van de vragenlijst, gesorteerd per actor en te onderzoeken concept.

7. Resultaten

7.1 Medische kaart implementatie

7.1.1 Medische kaart

7.1.1.1 Voordelen

Het hebben van een MK zorgt voor minder administratieve lasten behorend bij het werken met betalingsverbintenissen die slechts geldig zijn voor één interventie. MZWV gaan bovendien meer preventief hun nood voor medische hulpverlening opzoeken vanwege een grotere zekerheid dat hun kosten vergoed worden (R1). Wanneer DMH niet preventief wordt toegekend, verwaarlozen mensen hun gezondheidsproblemen, wat resulteert in meer bezoeken aan spoeddiensten en hogere zorgkosten (R1). De MK vergroot de toegankelijkheid tot medische zorgen voor MZWV (R4). Daarnaast kan er beter in kaart worden gebracht hoeveel MZWV in de stad verblijven; er valt bijvoorbeeld te zien hoeveel personen gebruikmaken van de MK, hoelang ze zich in onwettig verblijf begeven en wat de karakteristieken van deze individuen zijn (R1). Ten slotte kan de MK meer helderheid geven over de rechten van MZWV en de DMH-procedure aan betrokken actoren. Op deze manier hoeven zorgverleners niet te twijfelen of hun verleende prestaties wel vergoed worden (R4), aangezien betere afspraken gemaakt zijn voor het gebruiken van de MK. Het hebben van een MK is waardevol, zowel voor MZWV, zorgverleners en OCMW-medewerkers. Om te onderzoeken hoe deze MK er best uit kan zien wordt gekeken naar de DMH-werking in de steden Gent en Oostende.

In Gent krijgen MZWV ook recht op DMH indien geen sprake is van medische aandoeningen of benodigde zorgen. Er wordt gewerkt met een aparte dienst voor de verlening van de MK, hierdoor is expertise en voldoende ondersteuning voor MZWV mogelijk. Indien MZWV zich aanmelden aan het onthaal van de MK en dringend nood hebben aan zorgverlening, wordt de MK rechtstreeks meegegeven na een kort sociaal onderzoek ter

plaatse. Op deze manier wordt feitelijk vooruitgelopen op een formele beslissing van het Bijzonder Comité, de bekrachtiging van hen is achteraf wel nog steeds nodig. Tot nu toe is deze bekrachtiging steeds positief verlopen en ging het Bijzonder Comité akkoord met de verleende tegemoetkoming. De werkwijze in Gent is voornamelijk effectief dankzij de gespecialiseerde afdeling, anders zouden meer fouten kunnen voorkomen (R4). Indien MZWV met niet dringende zorgen langsgaan bij de dienst MK, wordt de MK na ongeveer twee à drie weken wachten verleend (R2). Indien eerst naar een zorgverlener is gegaan zonder een MK kan de zorgverlener een schriftelijke aanvraag sturen naar het OCMW. Echter, in dit geval is er geen garantie dat het OCMW effectief tussen de kosten komt van de zorgverlener. De MK wordt gebruikt om aan zorgverleners aan te tonen dat het OCMW tussen de kosten komt, op deze kaart staan hun rechten vermeld. MZWV moeten niet voor elke afspraak op voorhand een aparte betalingsverbintenis aanvragen, aangezien de geldigheidstermijn van de MK gemaximaliseerd is tot drie maanden. Hierna kan makkelijk een nieuwe kaart aangevraagd worden. Bovendien betaalt het OCMW van Gent veel kosten van geneesmiddelen en zorgen die niet door de POD MI ten laste worden genomen (R4).

In Oostende is eveneens sprake van een aparte dienst voor de verlening van een MK. Binnen deze afdeling zijn twee personen tewerkgesteld die bij naam gekend zijn bij zowel middenveldorganisaties, zorgverleners en MZWV. Dit is waardevol om de procedures menselijker en minder afschrikwekkend te laten verlopen waardoor MZWV sneller naar het OCMW durven gaan. De MK wordt evenzeer verleend voor drie maanden en kan hierna verlengd worden. Dit kan telefonisch of via mail, wat de verlening makkelijker maakt voor zowel MZWV als maatschappelijk werkers. Jaarlijks wordt wel nog een sociaal onderzoek uitgevoerd met een huisbezoek. Echter, Oostende komt enkel de kosten tegemoet die ook door de POD MI ten laste worden genomen (R3).

In ELZ Leuven worden geregeld betalingsverbintenissen voor slechts één dag gegeven voor geneesmiddelen, zo kan het OCMW meer in het oog houden welke voorschriften gebruikt worden (R11). Echter, op deze wijze moet telkens opnieuw een betalingsverbintenis opgehaald worden en dienen MZWV de dag zelf nog naar een apotheek te gaan.

7.1.1.2 Keuze zorgverleners en apothekers

Volgens Druyts et al. (2006) kan gekozen worden om bij DMH en de MK te werken met een vaste lijst van zorgverleners en apothekers aan de hand van een samenwerkingsrelatie met het OCMW, of kan gekozen worden voor een vrije keuze van zorgverleners voor MZWV. In Oostende en Gent werd geopteerd om MZWV een vrije keuze te geven in huisartsen,

apothekers en specialisten in het ziekenhuis. Er zijn wel degelijk andere steden die samenwerken met een vaste huisarts en apothekers (R3; R4). De actoren binnen ELZ Leuven hun meningen omtrent een vaste lijst zijn verdeeld. Er wordt bijvoorbeeld aangehaald dat MZWV eigenlijk nooit echt een vrije keuze hebben, aangezien ze nauwelijks gekend zijn met de werking van de Belgische gezondheidszorg. Dit zou betekenen dat het voor hen niet echt uitmaakt naar welke praktijk ze gaan. Bovendien wordt aangehaald dat het voor MZWV beter is om naar een praktijk te gaan die vertrouwd is met de procedures en hen hierdoor gericht kan ondersteunen. Idealiter gaat het om zorgverleners die bereid zijn MZWV te helpen en niet principieel tegen het verlenen van medische zorgen aan deze doelgroep zijn (R8). In contrast met deze visie zijn meerdere respondenten van mening dat de vrije keuze van zorgverleners een beter systeem is. De redenen hiervoor zijn dat MZWV graag een eigen vertrouwenspersoon uitkiezen, vaak wordt dit gedaan met behulp van middenveldorganisaties, en de bezorgdheid vanuit het OCMW om bepaalde zorgverleners te favoriseren (R9; R11). Daarenboven krijgen de zorgverleners die het systeem goed kennen reeds veel MZWV, wat zorgt voor een overbelasting van de praktijk aangezien MZWV niet eenvoudig zijn om te begeleiden en zware dossiers hebben. R10 wilt liefst voldoende spreiding van MZWV over zorgverleners van heel ELZ Leuven. Tot slot is de vrije keuze van zorgverlener een patiëntenrecht (R10).

Eveneens zou binnen ELZ Leuven geopteerd kunnen worden om te werken met een vaste lijst van apothekers. Echter, volgens R8 kan dit zorgen dat MZWV naar een minder toegankelijke apotheker moeten gaan. Bovendien is R8 van mening dat apothekers toegankelijker zijn voor MZWV dan zorgverleners, wegens de afwezigheid van een afspraak. Er moet voornamelijk gefocust worden op voldoende informatieverlening naar alle apothekers (R8).

7.1.1.3 Vormgeving Medische Kaart

De MK moet gekoppeld kunnen worden aan een persoon, dit betekent dat de voornaam, familienaam en rijksregisternummer of bisnummer (tijdelijk rijksregisternummer) er op moeten staan (R1; R2; R3; R4). De geboortedatum en een foto van de betrokkene zorgt voor een makkelijkere identificatie en maakt het moeilijker om de MK (illegaal) door te geven (R1; R3). Bovendien moet het OCMW, hun logo of adres genoteerd staan (R2; R3). Het is eveneens waardevol om een contactpersoon op de MK te vermelden; bij voorkeur de maatschappelijk werker die de betrokkene opvolgt, inclusief hun telefoonnummer en e-mailadres (R2). Overigens wordt best ook de geldigheidsdatum van de kaart genoteerd (R2; R3). De MK van

Oostende vermeld evenzeer de bloedgroep van MZWV, echter dit kan leiden voor problemen wanneer de kaart toch doorgegeven wordt (R3; R4).

7.1.1.4 Implementatie Medische Kaart

De aanvragen van DMH in Oostende worden vaak ingediend door middenveldorganisaties die vertrouwd zijn met de procedures; dit kan gebeuren op verscheidene platformen (R3). Ook binnen ELZ Leuven is het mogelijk dat derden een DMH-aanvraag starten, echter, dit is niet algemeen gekend (R11). Dit wordt later besproken. Uit voorgaande blijkt dat voor een goede implementatie van de MK nood is aan het voldoende betrekken van organisaties.

In Gent gaat de MK gekenmerkt met een zeer proactieve en constructieve samenwerking tussen het OCMW en middenveldorganisaties, evenals duidelijke communicatie omtrent procedures. Bovendien wordt de samenwerking levendig gehouden door minstens één keer per jaar samen te zitten. Dit is belangrijk aangezien gemeenschapshelpers vertrouwensbanden hebben met MZWV en zij vaak de enigen zijn die MZWV kunnen overhalen om vertrouwen te hebben in zorgverleners en het OCMW (R1; R3; R4). Bovendien kunnen zij ondersteuning bieden indien sprake is van een taalbarrière (R2). Belangrijke organisaties hiervoor zijn onder andere het CHW, CAW, straathoekwerkers, Kind en Gezin, de VDAB, JAK en Outreachers (R3; R7). Echter, volgens R9 bestaan nog steeds te weinig organisaties die MZWV voldoende ondersteunen, die bijvoorbeeld voldoende kennis hebben omtrent de procedures en meegaan met MZWV naar hun afspraken. MZWV worden voornamelijk doorgestuurd tussen organisaties (R9).

Het is eveneens zinvol om ziekenhuizen en zorgverleners te betrekken en hen van voldoende informatie te voorzien. MZWV wenden zich immers vaak als eerste naar een zorgverlener en verkrijgen dankzij hen informatie omtrent de benodigde DMH-procedures (R3; R4). Het OCMW van Gent zit drie à vier keer per jaar samen met de ziekenhuizen op hun grondgebied om knelpunten te bespreken en aan te pakken. Zorgverleners moeten getraind worden om met de MK (en DMH in het algemeen) te kunnen werken, in Gent wordt hier veel belang aan gehecht. Indien iets fout loopt kan dat gemeld worden aan het OCMW, naar deze zorgverlener wordt dan toe gesensibiliseerd (R1). Het is evenzeer van groot belang apothekers te bereiken; de meest eenvoudige manier zou zijn door informatie via beroepsverenigingen te verspreiden (R3; R8). In Oostende is informatie hieromtrent reeds wijdverspreid, wanneer er nieuwe zorgverstrekkers of apothekers zijn, worden zij actief benaderd door het OCMW (R3).

De eerste maanden na de start van de MK moet voornamelijk ingezet worden op de doorstroming van informatie. De nieuwe werkwijze moet uitgelegd worden, onder andere wat

de MK is, hoe het in elkaar zit, hoe betrokkenen ermee moeten werken, wat van hen verwacht wordt en hoe alles gestroomlijnd kan verlopen (R3; R4; R7). Bovendien zijn er andere zaken waarop gelet moet worden bij het implementeren van een MK. Eerst en vooral moeten MZWV geïnformeerd worden dat het systeem van DMH gaat wijzigen. Er moet bepaald worden of het OCMW extra kosten opnemen en of ze werken met een vaste lijst zorgverleners en apothekers of dat de vrije keuze voor MZWV wordt gewaarborgd (R3).

7.1.1.5 Aanzuigeffect en misbruik

Hoewel Gent en Oostende zeer toegankelijke gezondheidszorgen hebben voor MZWV is een aanzuigeffect niet te zien, dit werd reeds besproken in onderdeel '4.3.6 DMH-procedure in verschillende steden'. Eveneens is R4 van mening dat dit niet echt aanwezig is in Gent. Hun aantal DMH-aanvragen zijn bijvoorbeeld gedaald over de jaren heen. Indien er effectief een aanzuigeffect zou zijn, zou dit enkel stijgen. De verhouding met andere grootsteden is vrij normaal, bovendien geeft Gent net sneller en aan meer mensen een MK (R4).

R2 komt soms in contact met personen die misbruik willen maken van het systeem door bijvoorbeeld naar Gent te komen wanneer ze zwanger zijn om daar te bevallen, een persoon dat probeert een overnachtingsplek te hebben door in het ziekenhuis te belanden of mensen die esthetische operaties willen hebben op kosten van de overheid. Echter, door goede contacten tussen het OCMW en middenveldorganisaties kunnen zij mee deze grens van misbruik bewaken en mensen informeren over wat toegelaten is en wat niet. Dit wordt ook zo gedaan door R2.

7.1.2 Checklists van Flottorp & Damschroder

7.1.2.1 Factoren van de richtlijn

Volgens Flottorp et al. (2013) is het van groot belang dat betrokkenen overtuigd zijn van het bewijs dat de voorgestelde implementatie werkt. De implementatie van de MK in Gent en Oostende toont aan dat het een haalbare, aanvaardbare en kosteneffectieve mogelijkheid kan zijn voor ELZ Leuven (Moore et al., 2021), dit wordt als voldoende bewijs bevonden door R5, R6 en R8 om de MK te implementeren binnen ELZ Leuven. Volgens R6 zijn er voldoende gelijkenissen tussen Gent en Leuven aangezien ze beiden een studentenstad zijn (R6). En "als het daar werkt, waarom zou dat dan in Leuven niet werken?" (R8). R7 vindt dat los van de bewijskracht sowieso nood is aan een MK, met rede dat de huidige werking van DMH in ELZ Leuven onvoldoende is. R9 gaat ook niet in op de bewijssterkte, echter is deze persoon van

mening dat het goed zou zijn indien MZWV een MK zouden krijgen zoals in Gent. De kwaliteit van de aangeraden implementatie dient zoveel mogelijk te worden gecommuniceerd (Flottorp et al., 2013).

Hoewel volgens Flottorp et al. (2013) zeer belangrijk is dat de implementatie helder is voor alle betrokken actoren, is dit in ELZ Leuven nog niet het geval. Het concept van de MK moest bijvoorbeeld uitgelegd worden aan respondenten R5, R6, R8 en R11. R7 en R10 hadden eerder gehoord van de MK en de waarde hiervan voor ELZ Leuven. Bovendien is er verwarring tussen de MK en de huidige werking met betalingsverbintenissen; de informatie dat op de MK kan staan bevindt zich reeds grotendeels op de betalingsverbintenis. R11 dacht dat de MK eerder een werking zou hebben zoals MediPrima waardoor het OCMW niet telkens als tussenpersoon hoefde op te treden (R11). Dit klopt gedeeltelijk aangezien in dat geval minder betalingsverbintenissen per consultatie of per geneesmiddel moeten opgesteld worden, echter, met de MK is nog steeds nood aan een attest DMH, ondertekend door een arts. Dit attest moet het OCMW bijhouden en de betrokken zorgverlener dient betaald te worden (Koninklijk Besluit betreffende dringende medische hulp, B.S. 31.12.1996; POD MI, 2017). De DMH-procedure is soms moeilijk te begrijpen, bovendien is het niet duidelijk hoe de MK in ELZ Leuven er uit moet zien en hoe het de werking zou kunnen verbeteren. De implementatie van de MK dient duidelijk en ondubbelzinnig gecommuniceerd te worden naar de betrokkenen, echter is dit niet het geval, waardoor het een belemmering vormt voor de implementatie (Flottorp et al., 2013).

De respondenten halen aan dat (online) informatie omtrent de MK schaars en moeilijk te vinden is (R5; R6; R9). Ook R4 haalde aan dat over de werking van de MK in Gent weinig informatie te vinden is voor externen, er is geen sprake van publicaties. De informatie omtrent de MK wordt als ontoegankelijk bevonden, wat de implementatie belemmert. Betrokkenen hebben nood aan beknopte richtlijnen (Flottorp et al., 2013).

De waarden en normen behorende bij de implementatie van de MK, worden door de respondenten als passend ervaren, zowel voor hun organisatie als ELZ Leuven. Er wordt bijvoorbeeld onderstreept dat DMH gewoonweg een basisrecht is (R5; R6; R7; R9). Bovendien wordt de werking van de MK als passend ervaren bij hun organisatie en bij ELZ Leuven, er wordt onder andere aangehaald dat Leuven een uitgesproken mensenrechtenstad is en een plek waar samen naar oplossingen wordt gezocht (R7). Echter, wordt benadrukt dat de duur van de MK-procedure van groot belang is, aangezien een tijdsintensieve aanpak binnen ELZ Leuven als minder passend ervaren zou worden (R9). De MK wordt als 'Culturally aprropriate' ervaren en het nodige gedrag als verenigbaar gezien met de huidige praktijken, dit is van belang voor een goede implementatie (Flottorp et al., 2013).

De percepties omtrent de testbaarheid van de MK is eveneens van belang (Flottorp et al., 2013). Hierop waren de meningen onder de respondenten gemengd. R8 haalt bijvoorbeeld eerst aan dat de MK op voorhand niet getest hoeft te worden aangezien het in andere steden werkt en in ELZ Leuven het gewoon op dezelfde wijze zou moeten werken. Echter, op deze uitspraak wordt later in het interview teruggekomen. Het zou toch beter zijn indien de MK op voorhand getest wordt bij een aantal apothekers en medische zorgverleners, zo kan feedback geformuleerd worden en de MK geoptimaliseerd worden. De testers zouden geselecteerd moeten worden aan de hand van hun bereidwilligheid, hierna kunnen andere actoren binnen ELZ Leuven overtuigd worden indien het effectief voor een verbetering in werking zorgt. R7 is van mening dat de details en het al dan niet testen voornamelijk beslist dient te worden door de persoon die effectief implementeert aan de hand van een goed onderzoek omtrent de effecten en oplossingen. Volgens Flottorp et al. (2013) kan een testfase best gebeuren.

De mogelijke observeerbaarheid van de voordelen van de MK zijn ook van belang (Flottorp et al., 2013). Een aantal voordelen die door de ondervraagden werden benoemd, zijn dat MZWV sneller toegang hebben tot hun recht op medische hulp en dat niet voor elk voorschrift van medicatie vooraf naar het OCMW moet worden gegaan (R8). Beleidsmakers binnen ELZ Leuven kunnen bovendien een beter zicht krijgen op de problematieken van MZWV (R7). Daarenboven kan de MK meer duidelijkheid geven en handiger zijn in gebruik voor apothekers en zorgverleners (R10). Deze voordelen werden ook aangehaald door actoren buiten ELZ Leuven (R1; R2). Echter, niet elke betrokkene kende de mogelijkse voordelen (R5; R6; R9), hierop dient meer ingespeeld te worden zodat een goede implementatie kan gebeuren (Flottorp et al., 2013).

Uit bovenstaande blijkt dat nog enkele werkpunten aanwezig zijn omtrent de factoren van de richtlijn die geoptimaliseerd kunnen worden voor een goede implementatie van de MK.

7.1.2.2 Individuele factoren van de betrokken actoren

De betrokkenen beschikken over uiteenlopende kennis omtrent MZWV en DMH. R11 beschrijft MZWV als mensen die hier al lang verblijven, maar geen mogelijkheid tot regularisatie (meer) in hun dossier zien en vaak niet het nut van terugkeren inzien. R11 is echter niet op de hoogte van de kennis die organisaties en actoren binnen ELZ Leuven hebben omtrent DMH. Door deze actor is evenzeer niet geweten of MZWV schrik hebben voor de politie of DVZ en of dit hen tegenhoudt om DMH aan te vragen. Ten slotte weet deze actor niet hoe MZWV leven en hun geld verkrijgen. R11 dient best meer informatie en kennis te verkrijgen omtrent MZWV (Flottorp et al., 2013). R10 deelde een moment van een paar

jaar terug waarbij werd meegegaan met een persoon zonder wettig verblijf naar het OCMW, hier werd meegedeeld dat de persoon niet geholpen kon worden. R10 moest ingrijpen en aanhalen dat de persoon recht heeft op DMH. Ook bij medische zorgverleners is niet altijd voldoende kennis omtrent de DMH-procedures, deze problemen worden later besproken. Al de respondenten hadden voldoende kennis omtrent de invloed van hun praktijken op de levens van MZWV. Bovendien wist R7 niet dat preventieve zorgen evenzeer onder DMH vallen, dit kan ervoor zorgen dat MZWV minder snel binnen deze organisatie worden aangeraden om DMH te verkrijgen. Volgens R10 moeten MZWV die nog geen recht op DMH en dus geen betalingsverbintenis kunnen voorleggen, eerst langsgaan bij Leuven Helpt voordat er naar het OCMW kan gegaan worden. Dit klopt echter niet, derden kunnen, zoals zorgverleners, een aanvraag voor DMH indienen namens de betrokkene (R11). Het doorgeven van betalingsverbintenissen hoeft niet noodzakelijk door MZWV zelf en op papier te gebeuren. Toch, blijkt ook dit bij velen niet bekend te zijn (R10; R11). Hieruit blijkt dat nog te weinig kennis is bij de betrokkenen omtrent MZWV, hun rechten en de werking van DMH. Meer kennis onder actoren is nodig aangezien dit werkt als een barrière voor MZWV hun toegang tot DMH (Flottorp et al., 2013).

Uit de interviews blijkt dat de betrokken actoren nood hebben aan meer en toegankelijkere informatie over de DMH-procedures aangezien ze dit tekort als problematisch ervaren. De respondenten formuleren verschillende suggesties om te strijden tegen dit informatietekort. Daarnaast benadrukken ze de nood naar duidelijke communicatie en een duidelijke regeling vanuit het OCMW, bijvoorbeeld wat wel en niet betaald wordt. Dit zou best op verscheidene manieren gebeuren om zoveel mogelijk actoren te bereiken (R7; R8). Er wordt voorgesteld om een e-mail versturen naar alle apothekers en medische zorgverleners binnen ELZ Leuven, waarin de procedures rond DMH helder worden toegelicht. In deze e-mail kan eventueel ook een website vermeld staan met meer beschikbare informatie (R8). Het beschikbaar maken van een website vanuit het OCMW wordt door andere respondenten evenzeer aangehaald. Op deze website zijn er best verschillende tabbladen met informatie voor zorgverleners, apothekers, MZWV en vertrouwenspersonen. Hierin kan bijvoorbeeld de nodige stappen om met DMH om te gaan vanuit hun positie vermeld staan (R5; R7; R9; R10). Eveneens brochures, infodagen en opleidingen worden beschouwd als waardevol (R5; R6; R7; R9). Bovendien wordt het nuttig geacht dat het OCMW samenzit met apothekers en zorgverleners om meer uitleg omtrent de procedures te geven (R11). Een contactpersoon binnen het OCMW wordt daarenboven als zinvol beschouwd, dit wordt later besproken.

Op de vraag omtrent de nodige vaardigheden om goed in contact te kunnen staan met MZWV en hen te helpen werd niet echt ingegaan aangezien het prangende probleem voornamelijk ligt bij het tekort aan informatie en duidelijke regelingen.

De aanbeveling van de MK wordt aanvaard, actoren binnen ELZ Leuven zien de noodzakelijkheid van de MK in (R5; R6; R7; R8; R9; R10), of voornamelijk de nood aan verandering (R11). Dit is belangrijk voor een goede implementatie (Flottorp et al., 2013).

De verwachte uitkomst van de MK wordt als positief gezien, zo wordt gedacht dat MZWV makkelijker en sneller tot geneesmiddelen en medische zorgen kunnen komen, wat een basisrecht is. Eveneens wordt aangehaald dat bepaalde apothekers terug MZWV zouden willen helpen indien een duidelijker en handiger systeem ontstaat. Bovendien zorgt de MK voor minder werk voor zorgverleners en apothekers. Evenzeer zouden MZWV met bijvoorbeeld een psychologische problematiek (wat veelvoorkomend is bij MZWV) niet elke keer een betalingsverbintenis moeten aanvragen bij het OCMW om toegang te krijgen tot dezelfde medicatie (R7; R9; R10). De respondenten hun opinie omtrent mogelijk misbruik wordt ook bevraagd. Hoewel uiteenlopende standpunten aanwezig zijn, zijn ze allemaal overtuigd dat schrik voor misbruik niet de implementatie van de MK mag tegenhouden. Misbruik is namelijk onvermijdelijk, het enige wat er aan kan worden gedaan is het in oog houden van de werking en het mogelijke misbruik, zo kan tijdig worden ingegrepen (R6; R7; R8). Misbruik maken van het systeem is bovendien moeilijker indien MZWV een vaste zorgverlener en apotheker hebben (R8). Eveneens moeten MZWV hard gestimuleerd worden om een zorgverlener op te zoeken, misbruik is dus waarschijnlijk minder voorkomend dan gedacht (R5). MZWV komen naar ELZ Leuven aangezien het een centrumstad is, er gaat altijd een aantrekking zijn, zich zorgen maken omtrent een mogelijks aanzuigeffect heeft dus geen effect. Bovendien kan dit aanzuigeffect verminderd worden indien andere gemeentes gestimuleerd worden om ook met een MK te werken (R7).

De meeste respondenten zijn gemotiveerd om een samenwerking aan te gaan met het OCMW door MZWV voldoende door te verwijzen (R5; R7; R8; R9; R10; R11). R8 is zelfs al even vragende partij voor een goede samenwerking.

De werking van de organisaties waarin de respondenten actief zijn, verschillen erg. Echter, zijn bepaalde problemen omtrent DMH botsen meerdere organisaties tegen. Enkele van de problemen ligt aan fouten binnen organisaties, voornamelijk procedurele fouten, wat aangeeft dat hier verbeteringen nodig zijn. De betalingsverbintenissen die vanuit het OCMW worden meegegeven zijn vaak niet volledig in orde, er kunnen bijvoorbeeld rechten op staan waar ze eigenlijk geen aanspraak op kunnen maken. In de meeste gevallen treedt dit op wanneer het document is opgesteld door een medewerker die doorgaans niet betrokken is bij

DMH (R8), of accidenteel wordt iets foutief aangeduid tijdens het toekennen van de rechten (R11). Bovendien wordt door zorgverleners regelmatig geen attest van DMH meegegeven specifiek voor de geneesmiddelen (R8; R11), de apotheker dient in dit geval uit te zoeken wie de geneesmiddelen heeft voorgeschreven, wat bij een ziekenhuis niet eenvoudig is. Binnen ziekenhuizen is het voor zorgverleners niet gebruikelijk om zich bezig te houden met de mutualiteitsstatus van hun patiënten, hierdoor zijn zij vaak niet bewust dat een attest DMH moet meegegeven worden (R8). De DMH-procedure is veel administratief werk voor zowel zorgverleners en apothekers; voornamelijk voor zorgverleners zonder administratief team is dit veeleisend (R8; R10). Zoals eerder aangehaald is er weinig duidelijkheid omtrent welke geneesmiddelen vergoed worden, door het OCMW en door de POD MI, dit wordt ook bevestigd in de interviews. Zo worden enkele medicamenten en zorgen niet terugbetaald door de POD MI, zoals antidepressiva, maar dit is niet altijd vanzelfsprekend. Bovendien wordt een doosje van dertig pillen pijnmedicatie niet terugbetaald, maar van zestig wel (R11). Per geneesmiddel moet nagekeken worden of het terugbetaald wordt; volgens R8 en R11 is er geen duidelijke lijst met alle D-medicatie binnen ELZ Leuven, dit maakt het voor apothekers en zorgverleners moeilijk (R8; R11). Door zorgverleners wordt geregeld niet op stofnaam voorgeschreven (R11). Daarenboven moet voor de wettelijke procedure van DMH in bepaalde omstandigheden een mail verstuurd worden naar DVZ of HZIV om te horen of de persoon niet reeds verzekerd is. Deze mails moeten aan het dossier worden toegevoegd. Hoewel, DVZ snel deze mail beantwoord is dit niet het geval bij het HZIV, waarbij dit enkele maanden kan duren (R11). R11 noemt dit 'nutteloze mails'.

Meerdere respondenten halen bovendien aan dat het nog steeds moeilijk is om te achterhalen wanneer Fedasil bevoegd is (R8; R9; R10; R11), dit werd reeds grondig aangehaald in de literatuurstudie. Voornamelijk voor privé- of beginnende praktijken voorschieten van kosten en het afwachten op een terugbetaling problematisch (R8; R10). Daarenboven zijn enkele ziekenhuizen begonnen met het vragen van voorschotten van MZWV voordat ze verzorgd worden, aangezien deze personen met veel schulden zitten (doordat het OCMW niet snel genoeg terugbetaald). Echter, dit geld hebben MZWV vaak niet (R4; R9; R10).

Specifiek in ELZ Leuven heerst een informatietekort. Er zijn geen lijsten, geen handleidingen of website voor zorgverleners en gemeenschapshelpers beschikbaar (R6; R8; R9). Indien er toch informatie online wordt gevonden, is deze informatie zeer verspreid en ingewikkeld geformuleerd (R5). Naar enkele sociaal zorgverleners werd een mail verstuurd met informatie, deze had een enorme meerwaarde en wordt vaak opnieuw gezocht om terug te kunnen raadplegen. De betalingsverbintenissen die worden meegegeven zijn vaak te lang en bevatten veel zinloze informatie (R10), echter, een groot deel van de informatie is

opgenomen wegens juridische verplichtingen (R11). Het effectief verkrijgen van het recht tot DMH kan lang duren, vaak vervelend indien MZWV eindelijk overtuigd konden worden om de aanvraag te doen, maar nu terug de moed verloren zijn (R10). Echter, dit komt door de vele procedures die doorlopen moeten worden binnen de DMH-procedure (R11). Evenzeer komt de raad van het OCMW slecht maandelijks samen om onder meer DMH toe te staan (R9). Het is moeilijk om MZWV op te volgen met rede dat deze makkelijk van de radar kunnen verdwijnen of snel weg zijn na een bezoek aan spoedgevallen (R9; R10; R11). Het sociaal onderzoek dat het ziekenhuis uitvoert bij MZWV is regelmatig onvoldoende diepgaand (R11). Wanneer het onduidelijk is waar iemand naartoe is gegaan, levert dat problemen op, zeker vermits de factuur pas later doorgestuurd wordt zoals bij een spoedopname (R9). Met de huidige werking van DMH binnen ELZ Leuven wordt weinig nadruk gelegd op preventieve zorgen, hoewel hier recht op is. Indien uitstel gebeurt op de medische nodige zorgen, verergeren de problemen zich en worden de benodigde kosten duurder (R7; R10). Indien een persoon niet ziek is, is het toch belangrijk om hun recht op DMH te hebben. Het is cruciaal dat het recht vooraf reeds verleend is indien het bijvoorbeeld om een vrouw gaat dat abortus wilt plegen. In deze situatie is er geen tijd om te wachten op een goedkeuring en het doorlopen van de nodige procedures (R10). Daarenboven heerst er onduidelijkheid tussen de actoren of telkens een betalingsverbintenis door MZWV moet aangevraagd worden per afspraak bij een zorgverlener of dit recht verkregen wordt en geldt voor meerdere afspraken (R10; R11). R10 gaat akkoord met een naamsverandering voor DMH zodat minder foutieve interpretaties van het recht gebeuren. Bovendien zorgt het sociaal onderzoek omtrent de verblijfplaats voor de nodige problemen. MZWV verplaatsen zich namelijk vaak tussen steden aangezien er op bepaalde plekken en dagen overnachting mogelijk is; anderen slapen in één stad en zoeken hun gezondheidszorg altijd op in een naburige stad. Bovendien wordt vaak zwartwerk uitgevoerd in de bouw, waarvoor doorheen België wordt gereisd voor werk (R10). R10 vindt dit zorgelijk, aangezien 'OCMW Leuven, of OCMW Antwerpen, het komt allemaal uit dezelfde pot'. Daarnaast worden maatschappelijk werkers geconfronteerd met zeer emotionele en ingrijpende situaties, waarbij ze snel willen handelen. Dit kan ertoe leiden dat ze rechten toekennen waarop de personen eigenlijk geen aanspraak kunnen maken. In het verleden is OCMW Leuven door de POD MI hiervoor bestraft geweest (R11). Tot slot is het gezondheidszorgsysteem van België zeer moeilijk te begrijpen, zeker voor MZWV (R11).

7.1.2.3 Factoren van MZWV

De noden en eisen van MZWV zijn onder de meeste respondenten gekend, slechts R5 kon weinig relevante informatie bijdragen. MZWV worden in de steek gelaten (R6), ze begrijpen

niet dat ze wettelijk niet bestaan en willen deel uitmaken van de samenleving, werken en voldoende basisbehoeftes hebben (R7; R10). Nazorg is dikwijls noodzakelijk, maar niet beschikbaar (R9; R10). R10 haalt een voorbeeld aan van een persoon met een maagbreuk die zes weken vloeibare voeding vereiste, wat niet mogelijk is al levend op straat. Zorgverleners en ziekenhuizen konden de persoon niet helpen waardoor deze genoodzaakt is vertrokken naar Duitsland (R10). De huidige werking in ELZ Leuven kan niet voldoen aan de noden en eisen van MZWV. Echter, de noden en eisen van MZWV zijn voldoende gekend, dit heeft een positief effect op de implementatie van de MK (Flottorp et al., 2013).

De kennis van MZWV omtrent hun rechten, en in het bijzonder hun recht op DMH, schiet tekort (R6; R8; R9). Vaak wordt er lang in België verbleven en is onvoldoende kennis vergaard van hun recht op medische hulpverlening (R10). Er is niet geweten wanneer en of hulp kan gevraagd worden, wat tot DMH behoort en waar ze hiervoor terecht kunnen (R7; R9; R10; R11). Weinig informatie voor MZWV is beschikbaar; er wordt hen onvoldoende uitgelegd wat de benodigde stappen zijn en hoe het systeem van DMH werkt (R5; R8). Een deel van de MZWV weten wel bij welke zorgverleners ze terecht kunnen (R11). Door het tekort aan informatie is het moeilijker voor om kennis te vergaren (R8). MZWV begrijpen bovendien niet dat bepaalde medicatie of benodigdheden zoals vitamine D niet terugbetaald worden en wat onder D-medicatie valt (R8; R9). Zij verstaan het complexe systeem niet en hoe zij hierbinnen moeten handelen (R8; R11). R5 zoekt samen met MZWV de procedures en nodige inspanningen op, R9 vindt dat zij informatie moeten 'voorkauwen' voor deze individuen. Er is nood aan meer informatieverspreiding ten opzichte van MZWV, zodat zij kennis kunnen vergaren omtrent hun rechten en de nodige procedures om goed geholpen te worden. Dit kan door opleidingen te organiseren voor de betrokken actoren binnen ELZ Leuven, op deze manier kunnen MZWV beter geïnformeerd worden (Flottorp et al., 2013; R10). De respondenten zijn redelijk goed op de hoogte omtrent de kennis van MZWV, wat bijdraagt tot een vlottere implementatie (Flottorp et al., 2013).

Veel MZWV zijn niet gemotiveerd om medische zorgen op te zoeken (R6; R8). R9 en R10 merken dit uitstel minder op, aangezien zij enkel MZWV zien die effectief zorgen gaan opzoeken. Echter, merkt R10 wel op dat het moeilijk is voor deze personen om consequent hun benodigde zorgen op te zoeken aangezien hun basisbehoeften vaak niet voldaan zijn. Hun gezondheid staat op de laatste plaats aangezien ze reeds genoeg problemen hebben (R7; R10). MZWV zitten in overlevingsmodi waardoor ze meer op korte termijn denken en de lange termijnplannen verwaarlozen (R7). R10 gaf een voorbeeld over een persoon met psychische problemen die al lang in onwettig verblijf zit. Deze persoon zou eigenlijk opgenomen moeten worden, maar hem overtuigen is moeilijk wegens het tekort aan financiële middelen (R10). MZWV moeten geregeld door gemeenschapshelpers gestimuleerd worden

om een zorgverlener op te zoeken (R5; R6). Indien vanuit middenveldorganisaties begeleiding wordt aangeboden, hebben MZWV meer moed om hulp te zoeken. Middenveldorganisaties moeten vaak samen met MZWV uitzoeken wat de procedures zijn (R5; R7), waardoor zij een belangrijke tussenorganisatie zijn voor hun recht op DMH. Daarom is het cruciaal dat MZWV deze organisaties kennen en mee in contact worden gebracht (R7). Er moeten strategieën aangereikt worden aan betrokkenen om MZWV te overtuigen hulp te zoeken in een veilige omgeving (Flottorp et al., 2013). Indien ze wel voor hun lichaam en mentaal welzijn wil zorgen, worden ze vaak nog tegengehouden door angst voor DVZ en de politie (R11).

7.1.2.4 Professionele interacties

R11 meldt dat fouten geregeld worden gemaakt door maatschappelijk werkers, aangezien er niet dagelijks in contact wordt gekomen met de DMH-procedure. Bovendien is er in ELZ Leuven geen referentie-maatschappelijk werker of aparte afdeling. Een tekort aan vaardigheden kan aanwezig zijn bij maatschappelijk werkers. Flottorp et al. (2013) raadt aan om teams te organiseren die een gedeeld doel hebben. Dit zou zich kunnen vertalen in een team maatschappelijk werkers die verantwoordelijk gesteld worden om met DMH-procedures om te gaan, of een referentie-maatschappelijk werker aan te stellen.

De doorverwijzingen tussen organisaties vinden regelmatig en soepel plaats (R5; R6; R7). Echter, dit is niet het geval voor elke organisatie, zo haalt R8 aan dat een tekort aan communicatie tussen diensten aanwezig is. Flottorp et al. (2013) vindt dat er een meerwaarde bij een overzichtelijk document waarin organisaties zijn genoteerd waarnaar doorverwezen kan worden.

7.1.2.5 Stimulansen en middelen

Uit het interview met R11 blijkt dat in ELZ Leuven een hoge werkdruk heerst en er veel dossiers per maatschappelijk werker zijn, waardoor het implementeren van een nieuwe werking moeilijk kan zijn. Echter, volgens Flottorp et al. (2013) kan dit verbeteren door onder andere taken te herverdelen. Dit zou kunnen aansluiten bij reeds vernoemd voorstel omtrent het aanstellen van een team of referentie-maatschappelijk werker rond DMH binnen het OCMW.

Voorgenoemd tekort aan informatie kan de werking van DMH en de implementatie van de MK bemoeilijken. Een contactpersoon binnen het OCMW zou een meerwaarde hebben om informatie te verspreiden en vragen snel te beantwoorden (R8; R10). Echter, het contact met het OCMW verloopt moeizaam (R5; R8). Indien telefonisch contact wordt

opgenomen met de corresponderende maatschappelijk werker wordt er frequent doorverbonden met een verkeerd maatschappelijke werker; eveneens is het niet optimaal dat ze enkel bereikbaar zijn tijdens hun openingsuren, terwijl vragen en problemen vaak voorkomen buiten deze uren. Op de gestelde vragen worden bovendien geregeld geen duidelijk antwoord gegeven (R8). Echter, het OCMW had lang een groot aantal dossiers, en veel wissels tussen de werknemers. Sinds kort is dit verbeterd en zijn ook opleidingen specifiek omtrent DMH gegeven aan maatschappelijk werkers (R9; R11). Een ander positief punt in dit verhaal is dat R9 wel een goed contact heeft met het OCMW.

Voor de betrokken actoren is onvoldoende beschikbare hulp aanwezig voor hun hulpverlening naar MZWV. Er zijn geen checklists, geen brochures, geen handleidingen beschikbaar omtrent DMH; ook is er geen hulp bij het nemen van beslissingen (R5; R6; R8; R9). Flottorp et al. (2013) raadt aan om dit meer aan te bieden voor een goede implementatie van de MK.

7.1.2.6 Capaciteit voor organisatorische verandering

Door verwarring en onduidelijkheid omtrent de MK en verschillen met de huidige betalingsverbintenissen zijn enkele vragen niet aan bod gekomen tijdens het interview met R11. Hoewel de huidige situatie niet gekend is, is er nood aan een persoon die de benodigde veranderingen voor de implementatie van de MK kan teweegbrengen. Ook is er voor een goede implementatie baat bij het hebben van bekwaam en betrokken leiderschap en voldoende voorstanders van het nieuwe beleid (Flottorp et al., 2013).

R7, R8 en R9 vinden de implementatie van de MK bovendien hoogdringend, wat bijdraagt tot een goede implementatie (Flottorp et al., 2013).

7.1.2.7 Sociale, juridische en politieke factoren

Tijdens het interview met R11 is eveneens niet bevraagd wat de mogelijkse kosten en middelen zouden zijn voor het implementeren van de MK. De middenveldorganisaties van R6 en R7 worden gefinancierd door een andere organisatie; deze organisatie heeft een invloed op wat R6 en R7 kunnen en mogen doen binnen DMH en het helpen van MZWV. Bovendien heeft de nationale wetgeving ook een grote invloed op de mogelijkse implementatie van de MK (Flottorp et al., 2013). Hiervoor zou het interview met de beleidsactor veel inzichten kunnen geven, echter deze persoon is niet bevraagd kunnen worden. Er is wel geweten dat Leuven voorstander is van de MK.

Een overzicht van de succesfactoren en barrières met mogelijke oplossingen voor de implementatie van de MK binnen ELZ is te vinden in Bijlage 5.

7.2 Mogelijke oplossingen

7.2.1 Medische kaart voor ELZ Leuven

Uit vorige paragrafen blijkt dat er niet veel verschillend is tussen de MK en de huidige werking met betalingsverbintenissen binnen ELZ Leuven, soms wordt er namelijk voor een langere periode recht op DMH gegeven (R11). De betalingsverbintenis heeft echter te veel ongeordende informatie (R10; R11). De betalingsverbintenissen zouden versimpelt en gereorganiseerd kunnen worden, zodat meer duidelijkheid ontstaat (R11). Eveneens kan een MK nog steeds geïmplementeerd worden.

7.2.2 Andere oplossingen voor ELZ Leuven

Los van de MK zijn er andere mogelijkheden die de toegang tot de gezondheidszorg of welzijn van MZWV kan verbeteren. Het kan mogelijks interessant zijn om net zoals in Gent en Oostende te werken met een aparte afdeling voor de verwerking van DMH, aangezien een centralisatie van kennis en expertise positief kan zijn (R2; R3; R4). Het zou een meerwaarde zijn indien ELZ Leuven meer DMH verleend voor langere periodes, bijvoorbeeld telkens voor drie maanden. Op deze manier kan preventiever gewerkt worden (R1; R3; R4). Daarenboven kan het hebben van meer tijd voor maatschappelijk werkers binnen het OCMW van Leuven een bijdrage leveren, op deze manier kan er meer samen met MZWV het traject van DMH doorlopen worden. Soms wordt reeds meegegaan naar een Pro Deo advocaat, maar het zou waardevol zijn indien dit systematisch zou kunnen (R11). Bovendien kan een duidelijke lijst van de al dan niet terugbetaalde D-medicatie nuttig zijn voor apothekers en zorgverleners binnen ELZ Leuven. Op deze wijze kan makkelijk nagekeken worden welke geneesmiddelen door het OCMW terugbetaald worden die niet tot de RIZIV-nomenclatuur behoren (R8). Er is een lijst van geneesmiddelen dat de POD MI vergoedt, echter, het is tijdrovend om dit per medicament na te kijken en niet iedereen heeft kennis van deze lijst (R11). Daarenboven is er een gebrek aan logica binnen deze lijst het vervoer via een ambulance wordt bijvoorbeeld niet meer vergoedt aangezien deze uit de RIZIV-nomenclatuur is gehaald en er overgeschakeld is geweest naar een forfaitaire facturatie. Hierdoor worden de kosten beperkt voor iedereen. Echter, wordt geen rekening gehouden met MZWV aangezien deze kost niet meer terugbetaald wordt aan hen (R4). Soortgelijke discrepanties probeert het OCMW van Gent op te lossen door zelf tussen te komen.

R7, R8 en R9, respondenten binnen ELZ Leuven, halen de nood voor duidelijke afspraken aan. Bijvoorbeeld aan de hand van een protocol waar alles op een eenvoudige wijze vermeld staat. Dit zou evenzeer kunnen helpen met het probleem van onvoldoende kennis omtrent de procedure bij zorgverleners om patiënten. Een goede afspraak zou zijn dat zorgverleners geneesmiddelen meer algemeen en op stofnaam voorschrijven (R11). Daarenboven moeten deze duidelijke afspraken en procedures proactief gecommuniceerd worden naar de betrokkenen (R1); deze communicatie moet duidelijker en beter zijn dan op dit ogenblik (R5; R8). De briefwisseling vanuit het OCMW mag bijvoorbeeld niet te veel ambtelijke taal bevatten (R3). Volgens Flottorp et al. (2013) is er een meerwaarde bij een overzichtelijk document met organisaties genoteerd waarnaar doorverwezen kan worden. Ook voldoende communicatie tussen verschillende organisaties kan bijdragen (R8). Moore et al. (2021) haalt aan dat duurzame partnerschappen hoe dan ook $ belangrijk zijn. Er is nood aan een direct contact met het OCMW voor zorgverleners en middenveldorganisaties (R2; R8). Sommige zorgverleners onderhouden reeds een goed contact met het OCMW en stemmen geregeld met hen af, dit contact wordt als een meerwaarde ervaren (R10; R11). Indien een telefoonnummer beschikbaar is kunnen er snel kleine vragen gesteld of het juiste verloop nagekeken worden. Dit contactpersoon hoeft niet iemand binnen het OCMW te zijn, een individu met veel kennis hieromtrent kan ook een meerwaarde hebben. Bovendien zou het handig zijn indien er een rechtstreekse lijn is met Leuven Helpt, specifiek voor aanvragen DMH vanuit organisaties of zorgverleners (R10).

De informatie omtrent de MK moet efficiënter verspreid worden zodat een effectievere hulpverlening kan gebeuren. Net zoals de MK kan informatieverspreiding voor DMH gebeuren aan de hand van een mail, website met verschillende tabbladen, brochure, stappenplan en infodagen. Het zou best op zoveel mogelijk verschillende manieren gebeuren (R5; R7; R8; R9; R10). Naar MZWV zou de informatieverspreiding kunnen gebeuren aan de hand van een flyer dat op verscheidene plekken beschikbaar is. Een brochure bevat namelijk te veel informatie voor een persoon dat de taal niet goed kent, deze kan opgesteld worden aan de hand van het memorandum (Dokters van de Wereld, 2024; R10). Via vertrouwenspersonen kunnen MZWV ook de benodigde informatie bekomen (R1; R2; R3). In Leuven bestaat er reeds een buddy-bank voor anderstalige nieuwkomers, dit zou eveneens interessant kunnen zijn voor MZWV. Er kunnen opleidingen gemaakt worden voor deze vertrouwenspersonen of buddy's, startend met informatie op een bewonersoverleg (R7). Een opleiding voor zorgverleners zou eveneens een meerwaarde zijn zodat geleerd wordt hoe met DMH te werken en dat het begrip 'dringend' niet voor interpretatie vatbaar is (R1). Eveneens zou een opleiding voor maatschappelijk werkers binnen het OCMW baat hebben, aangezien nog veel fouten worden gemaakt (Flottorp et al., 2013; R10), dit gebeurde reeds en had een positieve impact (R11).

Laagdrempelige of proactieve zorgen, zowel psychisch als medisch, aanbieden is evenzeer essentieel (R7). Dit kan bijvoorbeeld door het aanbieden van vaccinaties, zoals tegen mazelen, tetanus, griep en Covid-19 in middenveldorganisaties of een mobiele mond- en tandzorgteam (R6). Ook opvangbedden zouden nuttig zijn, aangezien momenteel geen nazorg beschikbaar is binnen ELZ Leuven (R10). Gent heeft vijf herstelbedden ter beschikking voor medische zorgen voor daklozen, betaald door het RIZIV. Maximaal twee van deze bedden kunnen door MZWV gebruikt worden, op kosten van Stad Gent (R4).

Tot slot is er nood aan een plek waar MZWV meer het normale leven kunnen ervaren, waar ze warm kunnen zitten en iets te drinken krijgen, activiteiten worden georganiseerd om hun gedachten te verzetten, hun hart kunnen luchten en het gezelschap van anderen hebben. Dit zou los van de gezondheidszorg voor MZWV geïmplementeerd kunnen worden. Zo kunnen ze het gevoel krijgen dat ze er niet alleen voor staan (R10).

De mogelijke werking van de meeste voorstellen zouden eerst meer onderzocht moeten worden voordat deze worden geïmplementeerd, Er moet gekeken worden of deze implementeerbaar zijn specifiek in ELZ Leuven.

7.2.3 Oplossingen buiten ELZ Leuven

Er zijn evenzeer oplossingen die de toegang tot gezondheidszorgen voor MZWV kunnen verbeteren, maar niet haalbaar zijn om te veranderen in een lokale context. Eén daarvan is de automatische toekenning van rechten in het algemeen, op vlak van bijvoorbeeld subsidies, vaak weten mensen niet dat zij recht hebben op een bepaalde subsidie (R11). Ook kan de vraag gesteld worden of het recht op DMH niet tussen alle gemeenten hetzelfde moet zijn. Dit werd bevraagd aan de respondenten. R1 is van mening dat het recht lokaal invullen het oneerlijk maakt voor MZWV, echter, het leefloon wordt ook stedelijk bepaald. Indien de regeling van DMH naar een hoger beleidsniveau zou worden getrokken, zou het recht in bepaalde steden kunnen worden beperkt. Dit komt doordat ook positieve uitzonderingen zoals Gent er zijn, waar het recht door die hogere regeling mogelijk ingeperkt kan worden. Er zou wel federaal kunnen worden aangestuurd om een MK te gebruiken (R1). Aangezien de term ‘dringend’ binnen DMH voor veel verwarring zorgt vinden R3 en R7 dat er een verandering in de naam zou moeten komen, zodat mensen dit minder proberen te interpreteren. Tot slot, wordt door verscheidene respondenten aangehaald dat maatschappelijk werkers niet kunnen en mogen interpreteren wat al dan niet tot DMH behoort. Hierbij wordt soms geconcludeerd dat bepaalde geneesmiddelen of zorgen belangrijk zijn terwijl dat niet zo is. Wat de dokter belangrijk acht zou door de overheid en het

OCMW vertrouwd moeten worden (R3; R10; R11). Er is een ondergebruik van DMH door MZWV, eveneens kan een zorgverlener besluiten een bepaalde vraag van een patiënt te weigeren. Door zorgverleners is geweten wat nodig is en wat niet (R10), het vertrouwen van hun professionaliteit is genoodzaakt (Flottorp et al., 2013).

8. Discussie

8.1 Bespreking van de resultaten

Uit de analyse van de MK-procedures in Gent en Oostende blijkt dat beide steden over een aparte afdeling voor de MK beschikken, wat bijdraagt aan een efficiëntere en vlotte procedure. Gent hanteert bovendien DMH op een preventieve wijze en onderhoudt een intensieve samenwerking met verscheidene organisaties. In Oostende staat een sterk gehumaniseerde benadering centraal. Deze werkingen in Gent en Oostende zijn waardevol voor ELZ Leuven, een gelijkwaardige procedure kan zorgen voor een betere werking. Omtrent de financiële tussenkomst beperkt Oostende zicht tot de kosten die door de POD MI terugbetaald worden, terwijl Gent bijkomende kosten compenseert. Dit toont aan dat OCMW Leuven bij het implementeren van de MK de vrijheid heeft om te bepalen of zij al dan niet extra kosten vergoeden.

Een aantal beslissingen dienen op voorhand genomen te worden omtrent de implementatie van de MK in ELZ Leuven. Zo moet het OCMW beslissen of MZWV vrij mogen kiezen naar welke zorgverlener en apotheker ze gaan of dat er met een vaste lijst wordt gewerkt. De actoren binnen ELZ Leuven willen voornamelijk de vrije keuze voor MZWV behouden, dit wordt ook zo gedaan in Gent en Oostende. Er moet daarenboven beslist worden of het OCMW tussenkomt bij extra kosten die niet door de POD MI worden vergoed. Ten slotte moet er beslist worden wat de exacte invulling wordt van de MK binnen ELZ Leuven.

Daarnaast werd onderzocht welke informatie zorgverleners en apothekers in ELZ Leuven nodig hebben voor een goede implementatie van de MK. Op de MK dient minstens de voornaam, familienaam, rijksregisternummer of bisnummer, geboortedatum, foto van de persoon, geldigheidsdatum van de kaart, bevoegd OCMW met hun adres en een contactpersoon binnen dit OCMW vermeld te zijn. Binnen ELZ Leuven is bij enkele actoren niet bekend dat ook derden DMH kunnen aanvragen, dit is informatie dat meer verspreid dient te worden. Bovendien moet de nieuwe werkwijze goed uitgelegd worden: wat de MK is, hoe het in elkaar zit, wat de mogelijke voordelen zijn, hoe ermee gewerkt moet worden en hoe de procedure gestroomlijnd kan verlopen. Evenzeer dient voldoende gecommuniceerd te worden welke medische kosten door het OCMW worden terugbetaald, op deze manier kan misbruik

en misinformatie worden tegengegaan. Bovenstaande informatie dient op een duidelijke en ondubbelzinnige wijze naar de betrokken actoren gecommuniceerd te worden voor een goede implementatie van de MK. Het is bovendien belangrijk om met middenveldorganisaties samen te werken, aangezien gemeenschapshelpers op deze manier meer vertrouwen kunnen krijgen in het OCMW en MZWV kunnen ondersteunen indien sprake is van een taalbarrière. Eveneens is het van belang dat zorgverleners en apothekers voldoende betrokken worden, zij zijn regelmatig de eersten waarmee MZWV in contact komen. MZWV dienen eveneens op voorhand geïnformeerd te worden dat het systeem van DMH gewijzigd gaat worden en welke impact dat heeft op hen.

Er zijn verscheidene factoren die de implementatie van de MK in ELZ Leuven faciliteren. Ten eerste zijn de betrokkenen overtuigd van het bewijs dat de MK werkt, ondervinden een nood voor verandering en vinden de MK passend in ELZ Leuven. Vervolgens bevinden de actoren de verwachte uitkomsten bij het werken met een MK positief, zo wordt bijvoorbeeld aangehaald dat met de MK MZWV sneller hun benodigde medische zorgen krijgen en dat er minder procedureel werk is voor de betrokkenen. Tot slot kennen de meeste respondenten de noden en eisen dat MZWV hebben en de MK wordt door enkele betrokkenen als dringend bevonden.

Binnen ELZ Leuven zijn echter ook factoren die het implementeren van de MK kunnen belemmeren. Ten eerste vinden betrokkenen de exacte inhoud van de MK onvoldoende helder en niet elke actor kent de voordelen van het werken met de MK. Ook hebben enkele betrokkenen onvoldoende kennis omtrent MZWV, hun situatie en DMH. Bovendien vallen veel procedurele problemen voor bij de huidige werking met DMH. Deze problemen komen voornamelijk uit te weinig kennis bij de betrokkenen omtrent de werking en de onduidelijkheid hiervan. Vervolgens gebeuren fouten bij de maatschappelijk werkers aangezien een hoge werkdruk heerst en er geen aparte afdeling of referentie-maatschappelijk werker voor DMH is. Evenzeer is teveel informatie vermeld op de betalingsverbintenissen die het OCMW meegeeft, duurt het verkrijgen tot DMH te lang en wordt de term ‘dringend’ binnen DMH als problematisch beschouwd. Eveneens zijn er problemen die voorkomen bij MZWV zelf, zij hebben vaak te weinig kennis omtrent hun recht op DMH en te weinig informatie is voor hen beschikbaar om er over te leren. Tot slot is er geregeld te weinig motivatie om medische zorg op te zoeken.

Deze belemmeringen voor het implementeren van de MK kunnen opgelost worden, hier zijn verschillende mogelijkheden voor. Er moet meer gewerkt worden aan het informeren van de betrokken actoren op een heldere en ondubbelzinnige wijze, dit kan aan de hand van meer informatie beschikbaar te maken, via een e-mail, een website, brochures, handleidingen, infodagen, opleidingen, vergaderingen en een contactpersoon binnen het OCMW. Het

informatietekort kan ook verholpen worden door een contactpersoon binnen het OCMW die snel kan helpen. Bovendien dient er voor een goede implementatie van de MK meer de mogelijke voordelen bij het werken met een MK te verspreiden. Evenzeer wordt aangeraden om de samenwerking tussen organisaties te stimuleren en een overzichtelijk document te creëren waarbij de mogelijke organisaties vermeld staan. Er moet voldoende informatie verspreid worden naar MZWV aan de hand van een flyer. Middenveldorganisaties dienen begeleid te worden bij het motiveren van MZWV om zorgverleners op te zoeken. Het installeren van een aparte afdeling voor DMH en/of een referentie-maatschappelijk werker zou ook zorgen voor minder fouten en een hogere mate aan expertise. Tot slot wordt aangeraden om de MK vooraf het implementeren eerst grondig te testen.

Echter, de MK verschilt niet extreem met de betalingsverbintenissen zoals deze in ELZ Leuven worden gehanteerd. Soms geeft het OCMW bijvoorbeeld wel betalingsverbintenissen voor een langere periode. Dit gebeurt echter niet voor medicatie. Een MK zou waardevol kunnen zijn indien niet zoals met betalingsverbintenissen voor elk voorschrift naar het OCMW dient gegaan te worden. Het OCMW heeft dan echter geen zicht op welke kosten terugbetaald dienen te worden. Indien gezorgd wordt dat alle apothekers en zorgverleners binnen ELZ Leuven kennis hebben omtrent de vergoede geneesmiddelen door het OCMW kan er toch controle zijn omtrent de verwachte terugbetaling. Er is bekend welke medicatie kan meegeven worden aan MZWV. Dit kan gerealiseerd worden door goede informatieverspreiding en samenwerking met middenveldorganisaties, apothekers en zorgverleners binnen ELZ Leuven. Eveneens een contactpersoon binnen ELZ Leuven die op vragen kan antwoorden omtrent de MK zou waardevol zijn. De MK is handig om MZWV te identificeren en kan bijdragen tot informatieverspreiding indien op de kaart wordt gerefereerd naar een website waar duidelijk en overzichtelijk de procedure wordt uitgelegd en wat de rol is van de specifieke betrokkenen. Op deze wijze kan ervoor gezorgd worden dat er minder fouten binnen ELZ Leuven worden gemaakt. Evenzeer zou het implementeren van de MK andere benodigde veranderingen kunnen faciliteren, deze worden hieronder besproken.

Los van de MK zijn er enkele mogelijke oplossingen om de werking van DMH voor zorgverleners, OCMW-medewerkers en MZWV te verbeteren. De betalingsverbintenissen kunnen gereorganiseerd en vereenvoudigd worden. Ook kan nog steeds met een aparte afdeling gewerkt worden voor het verwerken van DMH aangezien de centralisatie van kennis en expertise hoe dan ook positief is. DMH kan voor een langere periode verleend worden aan MZWV. Een duidelijke lijst waarin vermeld staat welke D-lijst medicatie door het OCMW wordt vergoed, kan zeker nuttig zijn. Eveneens duidelijkere afspraken met zorgverleners, apothekers en middenveldorganisaties die proactief gecommuniceerd worden, zijn waardevol. Het document om door te verwijzen is nuttig, net zoals een direct contact met een persoon uit het

OCMW. De informatie omtrent DMH kan los van de MK ook efficiënter verspreid worden voor zorgverleners, middenveldorganisaties en MZWV. Ook kan het nuttig zijn om de buddy-bank voor nieuwkomers binnen ELZ Leuven uit te breiden naar MZWV en opleidingen aan te bieden aan de vertrouwenspersonen van MZWV. Het zou bovendien goed zijn indien er meer plekken zijn waar MZWV het normale leven kunnen ervaren. Tot slot is het interessant indien binnen ELZ Leuven meer laagdrempelige of proactieve zorgen worden aangeboden. Uit de literatuur blijkt dat preventieacties proactief moeten zijn, waarbij rechtstreeks naar de doelgroep wordt toegegaan. Zorgverleners gaan naar de plaats waar MZWV wonen en leven via straathoekwerk of mobiele voorzieningen (De Cock & Verbeeren, 2014).

8.2 Sterktes en beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek kent enkele beperkingen, deze worden hieronder besproken. Het idee van de mogelijkse implementatie van de MK kwam vanuit een vraag van vzw ROM, hierdoor werd niet gekeken naar DMH-procedures in andere steden. Het concept van de interventie werd ontwikkeld extern, buiten het OCMW, dit heeft mogelijk invloed op de effectiviteit van de implementatie van de MK (Damschroder et al., 2009). Niet alle vragen en factoren van de checklist van Flottorp et al. (2013) werden bevraagd aan de respondenten binnen dit onderzoek, aangezien het framework zelf aangeeft enkel de belangrijke componenten in het onderzoek te selecteren. Het is belangrijk om te weten hoeveel moeite moet gedaan worden om de huidige praktijk te veranderen voor de interventie. Echter, dit is moeilijk om te bevragen wanneer er nog geen concrete beleidsplannen zijn en nog niet geweten is hoe de MK eruit moet zien. Evenzeer is door verwarring omtrent de betalingsverbintenissen bij R11 enkele belangrijke vragen niet gesteld geweest, deze vragen gingen over de capaciteit voor organisatorische verandering. Er is besloten om binnen deze masterproef geen focusgroepen te gebruiken als dataverzamelingsmethode. Hoewel focusgroepen diepgaande en waardevolle informatie kunnen opleveren door de interactie tussen de actoren, is dit moeilijk te realiseren vanwege de diversiteit aan betrokken actoren. Hoewel MZWV geregeld last hebben van psychologische klachten, werd binnen deze masterthesis voornamelijk nadruk gelegd op fysiek benodigde zorgen. Binnen dit onderzoek werd geprobeerd moskeeën te betrekken, aangezien zij als een gemeenschapscentrum werken en kunnen helpen om MZWV te informeren omtrent hun recht op DMH. Twee moskeeën werden op verscheidene manieren gecontacteerd, echter, er is nooit een antwoord gekomen. Eveneens werden MZWV niet bevraagd binnen dit onderzoek. De reden hiervoor is dat het beter is om middenveldorganisaties op te nemen in hun plaats, aangezien gesprekken met MZWV voor de interviewer emotioneel belastend kan zijn (Boost, 2024). Ook zijn MZWV een

onderbediende bevolkingsgroep. Hierdoor is er sprake van een systematische uitsluiting, waardoor het moeilijker kan zijn om hen te bereiken en te overtuigen om deel te nemen aan het onderzoek (Darko, 2023; Poulimeneas et al., 2023).

Evenzeer heeft dit onderzoek sterktes, er wordt namelijk niet alleen gekeken naar de toegang tot de gezondheidszorg voor MZWV, ook wordt gekaderd dat zij behoren tot een grotere groep van onderbediende bevolkingsgroepen. Eveneens is het een meerwaarde dat dit onderzoek dieper ingaat op het verkrijgen van een inclusieve gezondheidszorg en waarom dat dit zinvol is. Actoren uit Gent en Oostende worden als respondenten gebruikt om kennis te vergaren over de werking van hun MK (Roose & Meuleman, 2021), wat een meerwaarde is. Er wordt gekeken voor inspiratie naar deze steden om te analyseren hoe ELZ Leuven kan veranderen. Er is namelijk geen wetenschappelijke literatuur en weinig online-informatie te vinden omtrent de MK van Gent en Oostende. Dit onderzoek geeft bovendien een plek aan middenveldorganisaties, zorgverleners en apothekers om hun mening te uiten, wat nuttig is aangezien zij met DMH in contact komen en invloed hebben op de effectiviteit ervan. Er is kennis gegenereerd hoe betrokkenen het liefst hun informatie verkrijgen zodat de informatieverspreiding zo efficiënt en effectief mogelijk kan gebeuren. Bovendien kijkt dit onderzoek naar andere mogelijke oplossingen los van de MK, waarvan enkelen eenvoudig zijn om binnen ELZ Leuven te implementeren. Tot slot is dit het eerste wetenschappelijk onderzoek dat de situatie van MZWV en DMH binnen ELZ Leuven in kaart brengt.

8.4 Toekomstperspectieven

Voor verder onderzoek zou het interessant zijn indien psychologen en/of psychiaters worden bevraagd om hun ervaringen met DMH in kaart te brengen. Evenzeer zou het waardevol zijn om moskeeën en gelijkaardige organisaties te betrekken zodat de informatieverspreiding geoptimaliseerd kan worden. Tot slot zou het interessant zijn om medische zorgverleners te bevragen die niet werkzaam zijn in een praktijk of geen sociaal zorgverlener in dienst hebben. Zij worden minder ondersteund om met DMH om te gaan, hun perspectieven omtrent de procedures kunnen leerzaam zijn voor verder onderzoek.

Tijdens de tweede vergadering van de Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV (2025) werd interessante informatie aangehaald, de conventie van eerstelijnspsychologen behoort bijvoorbeeld ook tot DMH waardoor MZWV recht hebben op volledige terugbetaling. Eveneens werd aangehaald dat meer gecommuniceerd moet worden naar MZWV dat een poging tot het verkrijgen van DMH geen invloed heeft op hun regularisatieaanvraag of dat ze zichzelf niet in gevaar kunnen brengen. Uit deze werkgroep blijkt ook dat niet alleen Brussel,

maar ook een aantal Waalse gemeenten werken met D-lijsten van geneesmiddelen die toch vergoed worden door het OCMW. Het is interessant om te onderzoeken welke geneesmiddelen zij allemaal vergoeden.

Binnen de diepte-interviews en geraadpleegde bronnen wordt geregeld de term illegalen vermeldt in plaats van MZWV, wat problematisch is. Dit werd reeds in sectie '4.2.1 Mensen zonder wettig verblijf?' besproken (Druyts et al., 2006). Het is van belang dat individuen en het beleid binnen ELZ Leuven MZWV menselijker behandelen en meer gebruik wordt gemaakt van de termen 'mensen zonder papieren' of 'vreemdelingen zonder verblijfsstatuut', voorgesteld door Roberfroid et al. (2015).

Zoals reeds aangehaald is geen groot verschil aanwezig tussen de MK en het huidige DMH beleid binnen ELZ Leuven. Indien ELZ Leuven de MK implementeert, dient de MK aangepast te worden zodanig dat het past in de Leuvense context. De exacte inhoud en werking van de MK dient besproken te worden met de betrokkenen, hierbij zou het waardevol om ook MZWV te behoren. De aanpassingen kunnen zowel tijdens de interventie gebeuren, wanneer contextuele problemen worden opgemerkt, als voordat de interventie plaatsvindt (Moore et al., 2021). De Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV (2023) adviseert om de MK compact en geplastificeerd te maken zodat MZWV deze eenvoudig kunnen meenemen. Aangezien weinig informatie op de MK zelf te vinden is zou een referentie naar de website met meer informatie waardevol zijn. Een voorbeeld van hoe de MK in ELZ Leuven eruit kan zien is te vinden in Bijlage 6, een bijhorende webpagina zou waardevol zijn. Een voorbeeld van de informatie dat op de webpagina dient te staan is te vinden in Bijlage 7. Daarenboven is het van belang om de MK eerst op een kleinere schaal te testen en nadien te evalueren voordat de MK wordt geïmplementeerd. Op deze manier kan de wederzijdse afhankelijkheid en coördinatie beter beheerd worden, kan de bruikbaarheid van de MK in ELZ Leuven getest worden en kan er langzaam ervaring opgebouwd worden (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Leeman, Baernholdt, & Sandelowski, 2007).

Het zou waardevol zijn indien er binnen ELZ Leuven meer preventieve zorgen worden verleend, zowel voor MZWV als andere betrokken actoren. Evenzeer zou het nuttig zijn indien binnen ELZ Leuven een persoon wordt aangesteld met expertise (binnen of buiten het OCMW) omtrent DMH, die snel correcte antwoorden kan geven. Het ontwikkelen van een website met informatie omtrent DMH of de MK voor de verscheidene betrokkenen binnen ELZ Leuven zou door een ICT-student als opdracht binnen de bachelor of master kunnen gebeuren, in samenwerking met de Wetenschapswinkel, VZW ROM en het OCMW. Daarnaast bestaat aan de KU Leuven (z.d.) het keuzevak 'Science Communication and Outreach'. Exacte wetenschappers voeren binnen dit vak projecten uit op vraag van organisaties in de

samenleving. Dit is mogelijks interessant voor het verkrijgen van een website of informatievideo omtrent DMH of de MK. De brochure of flyer voor MZWV dient gebruik te maken van figuren, met zo weinig mogelijk geschreven tekst. Deze flyer zou mogelijks in verschillende talen kunnen bestaan, of enkel in het Nederlands met een link naar de website waar andere talen beschikbaar zijn. De taalwetgeving in Vlaanderen staat toe dat er in uitzonderlijke gevallen een vreemde taal wordt gebruikt door een overheidsinstantie, dit indien er aan enkele voorwaarden voldaan wordt die terug te vinden zijn op de website van Vlaanderen (z.d.d).

Het federale regeerakkoord van De Wever (2025) kondigt enkele maatregelen aan met betrekking tot MZWV en DMH. Zo wordt benadrukt dat DMH een mensenrecht is, ook voor MZWV. DMH dient verbeterd te worden door meer samenwerking te organiseren en ook te werken met mobiele crisisteams, zoals reeds aangehaald is dit zeer waardevol voor MZWV en de gezondheid van de gehele bevolking. Er dient meer gewerkt te worden met huisartsen zodat de dienst spoedgevallen minder belast wordt. Bovenstaande zou positief kunnen zijn voor de verlening van zorgen voor MZWV en de implementatie van de MK. Evenzeer staat er in het regeerakkoord dat misbruik door MZWV dient tegengehouden te worden en dat DMH enkel mag worden toegekend indien een arts dit nodig acht. MediPrima dient meer gebruikt te worden door verscheidene actoren. Tot slot dienen MZWV ontmoedigd te worden om te blijven in België en dienen ze gestimuleerd te worden om terug te keren. Deze focus op misbruik en het terugkeerbeleid kan negatief zijn op DMH en de implementatie van de MK, eveneens zou het kunnen zorgen voor meer stigma rond MZWV. Echter, het is inderdaad belangrijk dat er wordt geluisterd naar wat zorgverleners als belangrijk achten voor een persoon zijn gezondheid.

Tot slot zijn mensen meer op de hoogte van hoe de procedures omtrent DMH werken sinds de opstart van de Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV (R10), ‘kleine’ initiatieven en informatieverspreiding kunnen effectief een bijdrage leveren.

9. Conclusie

De toegang tot de gezondheidszorg voor MZWV verloopt niet vlot. MZWV hebben recht op gezondheidszorg onder de wetgeving van DMH, hiervoor dienen ze een aanvraag in bij het OCMW op hun grondgebied. Binnen het wettelijke kader van DMH kan elk OCMW een eigen invulling geven, wat ertoe leidt dat elk OCMW verschillende problematieken kent. Binnen ELZ Leuven zijn enkele probleemsituaties vastgesteld die VZW ROM wilt verbeteren. Een mogelijke verbetering is het implementeren van de MK in plaats van het systeem met

betalingsverbintenissen die aangevraagd dienen te worden per afspraak met een zorgverlener. Deze werking is reeds aanwezig in Gent en Oostende.

Het is waardevol om de situatie van de MK in Gent en Oostende te vergelijken met ELZ Leuven en de mogelijkse voordelen van deze werking te onderzoeken. Hiervoor is het nodig om de huidige situatie binnen ELZ Leuven in kaart te brengen. Evenzeer dient gekeken te worden welke beslissingen nodig zijn voor de implementatie van de MK, welke factoren de implementatie faciliteren en welke de implementatie belemmeren. Tot slot is het nuttig om andere oplossingen buiten de MK voor ELZ Leuven te vinden. Om informatie te vergaren wordt gebruikgemaakt van diepte-interviews met individuen die verband houden met MZWV en DMH in zowel ELZ Leuven, Gent en Oostende. De implementatiekaders TICD-checklist van Flottorp et al. (2013) en de CFIR-typologie van Damschroder et al. (2009) worden gebruikt om de factoren die de implementatie van de MK kunnen bemoeilijken, te identificeren.

Uit de MK-procedures van Gent en Oostende kan ELZ Leuven leren van het voordeel van de aparte OCMW-afdeling en het preventief werken. Het OCMW van Leuven dient te beslissen of MZWV zelf mogen kiezen naar welke zorgverlener ze gaan of er wordt gewerkt met een vaste lijst. Er dient voldoende informatie genoteerd te zijn op de MK om MZWV te identificeren en ondersteunen. De factoren binnen ELZ Leuven die het implementeren van de MK kunnen belemmeren dienen aangepakt te worden. Meer informatie dient verspreid te worden omtrent DMH en MZWV op diverse manieren zoals een brochure, opleidingen en een website zodat de benodigde kennis vergaard kan worden. Een contactpersoon voor het beantwoorden van vragen kan de implementatie helpen. Naar MZWV dient evenzeer informatie verspreid te worden, aan de hand van een flyer en middenveldorganisaties die ondersteunen. Echter, de MK verschilt niet extreem met de betalingsverbintenissen die reeds gebruikt worden in ELZ Leuven, toch zijn er enkele voordelen. Los van de MK moeten de betalingsverbintenissen versimpelt worden, kan er met een aparte afdeling binnen het OCMW voor DMH worden gewerkt, kan DMH voor langere periodes verleend worden en kan meer informatieverspreiding gebeuren. Bovenstaande kan makkelijker te implementeren zijn indien er tegelijk een MK wordt geïmplementeerd.

10. Bibliografie

Agentschap Integratie & Inburgering. (2017, 23 mei). Rechtspraakoverzicht: Dringende Medische Hulp aan mensen in onwettig verblijf. Geraadpleegd op 9 april 2025, van https://www.vreemdelingenrecht.be/sites/default/files/migrated/bestanden/documenten/documenten/overzicht_rechtspraak_dringende_medische_hulp_20170523.pdf

Ahmad, W., & Walker, R. (1997). Asian Older People: Housing, Health and Access to Services. *Ageing and Society*, *17*(2), 141–165. https://doi.org/10.1017/S0144686X96006344

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 179–211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Alberti, G., Holgate, J., & Tapia, M. (2013). Organising migrants as workers or as migrant workers? Intersectionality, trade unions and precarious work. *International Journal of Human Resource Management*, *24*(22), 4132–4148. https://doi.org/10.1080/09585192.2013.845429

Allison, T. R., Symmons, D. P. M., Brammah, T., Haynes, P., Rogers, A., Roxby, M., & Urwin, M. (2002). Musculoskeletal pain is more generalised among people from ethnic minorities than among white people in Greater Manchester. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *61*(2), 151–156. https://doi.org/10.1136/ard.61.2.151

Andersson Nystedt, T., Herder, T., Agardh, A., & Asamoah, B. O. (2025). Included and excluded: an intersectionality-based policy analysis of young migrants' vulnerability to sexual violence in Sweden. *International Journal for Equity in Health*, *24*(1), 86–15. https://doi.org/10.1186/s12939-025-02454-x

Badr, H., Rouce, R., Scheurer, M.E., Lulla, P., Mims, M., & Reddy, P. (2023). Bringing CAR T cell therapy trials to underserved populations. *Cancer Cell*, *41*(12), 2007–2010. https://doi.org/10.1016/j.ccell.2023.10.002

Belgium. (z.d.). *Vluchtelingen*. Geraadpleegd op 12 december 2024, van https://www.belgium.be/nl/familie/internationaal/buitenlanders/vluchtelingen

Boost, D. (2024). *(Re)Claiming Human Rights: A Critical Realist Exploration of Rights-Based Social Work.* Universiteit Antwerpen. doi:10.63028/10067/2101870151162165141

Boukhalfa, I. (2023, 17 oktober). *Naar schatting 150.000 mensen verblijven illegaal in België: "Het is een zwarte vlek".* VRT NWS. Geraadpleegd op 6 oktober 2024, van https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/10/17/waarom-kon-een-afgewezen-asielzoeker-toch-nog-in-ons-land-blijve/

Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. *PloS One*, *10*(7), 1-22. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483

Brulocalis. (2022, 28 juni). *Lijst van de geneesmiddelen D*. Geraadpleegd op 4 april 2025, van https://brulocalis.brussels/nl/ocmw/lijst-van-de-geneesmiddelen-d

Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C. (2006). 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? a qualitative study. *Family Practice*, *23*(3), 369–377. https://doi.org/10.1093/fampra/cmi115

Chew-Graham, C., Bashir, C., Chantler, K., Burman, E., & Batsleer, J. (2002). South Asian women, psychological distress and self-harm: lessons for primary care trusts: South Asian women, psychological distress and self-harm. *Health & Social Care in the Community*, *10*(5), 339–347. https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2002.00382.x

Clapson, C. (2023, 25 oktober). *"Up to 12,000 undocumented migrants in Antwerp": many living in deplorable conditions.* VRT NWS. Geraadpleegd op 6 oktober 2024, van https://www.vrt.be/vrtnws/en/2023/10/25/_up-to-12-000-undocumented-migrants-in-antwerp-many-living-in-d/

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum, 1989*(1), 139-167. https://doi.org/10.1093/oso/9780198782063.003.0016

Cuadra, C.B. (2012). Right of access to health care for undocumented migrants in EU: A comparative study of national policies. *The European Journal of Public Health*, *22*(2), 267-271. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr049

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science : IS*, *4*(1), 50–50. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

Danckaers, T. (2016, 23 februari). *Het fameuze aanzuigeffect voor migratie: feit of fictie?* MO*. Geraadpleegd op 23 mei 2025, van https://www.mo.be/analyse/aanzuigeffect-feit-fictie

Darko, N. (2023, 14 februari). *Not 'hard to reach' – increasing diversity in research participation.* National Health Service England. Geraadpleegd op 8 december 2024, van https://www.england.nhs.uk/blog/not-hard-to-reach-increasing-diversity-in-research-participation/

Davis, C.M., Apter, A.J., Casillas, A., Foggs, M.B., Louisias, M., Morris, E.C., … Perry, T.T. (2021). Health disparities in allergic and immunologic conditions in racial and ethnic underserved populations: A Work Group Report of the AAAAI Committee on the Underserved. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *147*(5), 1579–1593. https://doi.org/10.1016/j.jaci.2021.02.034

De Cock, J., & Verbeeren, P. (2014). *Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*. RIZIV Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Debruyne, K. Samenlevingsopbouw Antwerpen. (2012, 2 oktober). *Dringende medische zorg voor mensen zonder papieren.* [Video]. Youtube. Geraadpleegd op 14 november 2024, van https://www.youtube.com/watch?v=qw-h1MoUpYg&ab_channel=SamenlevingsopbouwAntwerpen

Debruyne, P. (2021, 22 juli). *De acties van de hongerstakers zijn fundamenteel democratisch: de hongerstakers deblokkeerden onze stakende democratie.* Wereldmediahuis vzw.

Depla, A.L., Crombag, N.M., Franx, A., & Bekker, M.N. (2021). Implementation of a standard outcome set in perinatal care: a qualitative analysis of barriers and facilitators from all stakeholder perspectives. *BMC Health Services Research*, *21*(1), 1–13. https://doi.org/10.1186/s12913-021-06121-z

De Wever, B. (2025). *Federaal regeerakkoord 2025-2029.* Geraadpleegd op belgium.be website: https://www.belgium.be/sites/default/files/resources/publication/files/Regeerakkoord-Bart_De_Wever_nl.pdf

Dixon-Woods, M., Kirk, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, T., Harvey, J., … Sutton, A. (2005) Vulnerable Groups and Access to Health Care: A Critical Interpretive Review. *Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R and D (NCCSDO)*. London: NCCSDO.

Dokters van de Wereld. (2024). *Memorandum verkiezingen 2024: Een wegwijzer voor de vereenvoudiging en harmonisering van de Dringende Medische Hulp.* Geraadpleegd op 5 november 2024, van https://doktersvandewereld.be/system/files/publications/downloads/MED-24-memorendum-NL-interactive-COR-1.pdf

Dopson, S., & Fitzgerald, L. (2006). *Knowledge to action? Evidence-based health care in context.* Oxford: Oxford University Press.

Dowrick, C., Gask, L., Edwards, S., Aseem, S., Bower, P., Burroughs, H., … Waheed, W. (2009). Researching the mental health needs of hard-to-reach groups: Managing multiple sources of evidence. *BMC Health Services Research*, *9*(1), 226–226. https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-226

Druyts, E., Evenepoel, V., Neuckens, D., Somers, E., Crauwels, F., & Vanvinckenroye, M. (2006). *Dringende Medische Hulp voor mensen zonder wettig verblijf. Handleiding voor OCMW-medewerkers en zorgverstrekkers.* Medimmigrant.

Dunlop, K.L.A., Keogh, L.A., Smith, A.L., Aranda, S., Aitken, J., Watts, C.G., … Rankin, N.M. (2023). Acceptability and appropriateness of a risk-tailored organised melanoma screening program: Qualitative interviews with key informants. *PloS One*, *18*(12), 1-15. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

Duvoisin, A., Refle, J.-E., Burton-Jeangros, C., Consoli, L., Fakhoury, J., & Jackson, Y. (2024). Recruitment and Attrition for Panel Surveys of Hard-to-reach Populations: Some Lessons from a Longitudinal Study on Undocumented Migrants. *Field Methods*, *36*(4), 294–310. https://doi.org/10.1177/1525822X231210415

Eerstelijnszone. (z.d.a). *Leuven.* Vlaanderen. Geraadpleegd op 20 april 2025, van https://www.eerstelijnszone.be/eerstelijnszone-leuven

Eerstelijnszone. (z.d.b). *Wat is een eerstelijnszone?* Vlaanderen. Geraadpleegd op 20 april 2025, van https://www.eerstelijnszone.be/wat-een-eerstelijnszone

European Union Agency for Fundamental Rights. (z.d.). *De grondrechten van migranten in een ongedocumenteerde situatie in de Europese Unie.* Geraadpleegd op 6 oktober 2024, van https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1848-FRA-Factsheet_FRIM_NL_BAT.pdf

Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *The Milbank Quarterly*, *79*(2), 281–315. https://doi.org/10.1111/1468-0009.00206

Fish, J., & Anthony, D. (2005). UK national lesbians and health care survey. *Women & Health*, 41, 27–45.

Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., … Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science : IS*, *8*(1), 35–35. https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35

Garnier, A., & Piva, A. (2019). Deelname aan de arbeidsmarkt van vluchtelingen en asielzoekers in Brussel: Innovatie en institutionele complementariteit. *Brussels studies*, *2019*. https://doi.org/10.4000/brussels.2728

Geraardsbergen. (z.d.). *Attest van immatriculatie (oranje kaart).* Geraadpleegd op 14 december 2024, van https://www.geraardsbergen.be/attest-van-immatriculatie-oranje-kaart

Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.

Green, G., Bradby, H., Chan, A., Lee, M., & Eldridge, K. (2002). Is the English National Health Service meeting the needs of mentally distressed Chinese women? *Journal of Health Services & Research Policy* 7(4): 216–221.

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, *82*(4), 581-629. https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x

Hacker, K., Anies, M., Folb, B.L., & Zallman, L. (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: A literature review. *Risk Management and Healthcare Policy*, *8*(default), 175–183. https://doi.org/10.2147/RMHP.S70173

Hesters, D. (2021). *Kwalitatieve analyse: enkele wegwijzers langs verschillende benaderingen en tools*. Niet gepubliceerde cursustekts. KU Leuven.

Hewitson, P., Glasziou, P., Watson, E., Towler, B., & Irwig, L. (2008). Cochrane Systematic Review of Colorectal Cancer Screening Using the Fecal Occult Blood Test (Hemoccult):

An Update. *The American Journal of Gastroenterology*, *103*(6), 1541–1549. https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2008.01875.x

Hullebroeck, M. (2020a). *Medische kaart Gent voor Dringende Medische Hulp: informatie voor gebruikers*. Stad Gent. Geraadpleegd op 18 april 2025, van https://apidg.gent.be/supporting/dss-public/v1/sharedfiles/497778a5-b782-4a19-8263-586127874d0b

Hullebroeck, M. (2020b). *Medische kaart Gent voor Dringende Medische Hulp: informatie voor zorgverleners*. Stad Gent. Geraadpleegd op 18 april 2025, van https://stad.gent/sites/default/files/media/documents/2021_PU_Medische%20Kaart%20voor%20Zorgverstrekkers.pdf

Jackson, Y., Paignon, A., Wolff, H., Delicado, N., & Rohrmann, S. (2018). Health of undocumented migrants in primary care in Switzerland. *PloS One*, *13*(7), e0201313–e0201313. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201313

Jeal, N., & Salisbury, C. (2004). Self-reported experiences of health services among female street-based prostitutes: A cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 54, 515–519.

Kesby, A. (2012). *The right to have rights: Citizenship, humanity, and international law*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199600823.001.0001

King, A.C., Campero, M.I., Sheats, J.L., Castro Sweet, C.M., Hauser, M.E., Garcia, D., … Bickmore, T. (2020). Effects of Counseling by Peer Human Advisors vs Computers to Increase Walking in Underserved Populations: The COMPASS Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*, *180*(11), 1481–1490. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.4143

Kmak, M. (2020). The right to have rights of undocumented migrants: Inadequacy and rigidity of legal categories of migrants and minorities in international law of human rights. *The International Journal of Human Rights, 24*(8), 1201-1217. https://doi.org/10.1080/13642987.2020.1716740

Koninklijk Besluit betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven (12 december 1996). Geraadpleegd op Belgisch Staatsblad, van https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=nl&sum_date=2024-12-13&pd_search=1996-12-31&numac_search=1996022721&page=1&lg_txt=N&caller=list&1996022721=4&view_n

umac=&dt=Koninklijk+besluit&htit=dringende+medische+hulp+&text1=dringende+medische+hulp+die+door+de+openbare+centra+voor+maatschappelijk+welzijn+wordt+verstrekt+aan+vreemdelingen+die+onwettig+in+het+Rijk+verblijven&choix1=en&choix2=en&fr=f&nl=n&du=d&trier=afkondiging

Kovandžić, M., Chew-Graham, C., Reeve, J., Edwards, S., Peters, S., Edge, D., … Dowrick, C. (2011). Access to primary mental health care for hard-to-reach groups: From 'silent suffering' to 'making it work.' *Social Science & Medicine (1982)*, *72*(5), 763–772. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.027

KU Leuven. (2024, 14 juli). Wetenschapswinkel. Geraadpleegd op 30 maart 2025, van https://www.kuleuven.be/onderwijs/onderwijslexicon/onderwijslexicon-w/wetenschapswinkel

KU Leuven. (z.d.). *Programme guide 2025-2026: Science Communication and Outreach*. Geraadpleegd op 1 augustus 2025, van https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/syllabi/e/G0R44AE.htm

Lafaut, D., & Coene, G. (2023). Autonomy Without Borders? Understanding the Impact of Undocumented Residence Status on Healthcare Relationships in Belgium. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics, 16*(2), 1-25. https://doi.org/10.3138/ijfab-2023-03-20

Lafaut, D., Vandenheede, H., Surkyn, J., & Coene, G. (2019). Counting the non-existing: Causes of death of undocumented migrants in Brussels-Capital Region (Belgium), 2005-2010. *Archives of Public Health = Archives Belges de Santé Publique*, *77*(42). https://doi.org/10.1186/s13690-019-0369-6

Lamb, J., Bower, P., Rogers, A., Dowrick, C., & Gask, L. (2012). Access to mental health in primary care: A qualitative meta-synthesis of evidence from the experience of people from "hard to reach" groups. *Health (London, England : 1997)*, *16*(1), 76–104. https://doi.org/10.1177/1363459311403945

Lamb, J., Dowrick, C., Burroughs, H., Beatty, S., Edwards, S., Bristow, K., … Gask, L. (2015). Community Engagement in a complex intervention to improve access to primary mental health care for hard-to-reach groups. *Health Expectations*, *18*(6), 2865–2879. https://doi.org/10.1111/hex.12272

Landy, R., Pesola, F., Castañón, A., & Sasieni, P. (2016). Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case–

control study. *British Journal of Cancer*, *115*(9), 1140–1146. https://doi.org/10.1038/bjc.2016.290

Leeman, J., Baernholdt, M., & Sandelowski, M. (2007). Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice. *Journal of Advanced Nursing*, *58*(2), 191-200. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04207.x

Leuven. (z.d.a). Bijzonder comité voor de sociale dienst. Geraadpleegd op 16 december 2024, van https://www.leuven.be/bijzonder-comite-voor-de-sociale-dienst

Leuven. (z.d.b). *Leuven Helpt*. Geraadpleegd op 20 april 2025, van https://www.leuven.be/contact/leuven-helpt

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*(1), 18–18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18

Littlewood, J., & Elias, E. (2000). Risky shifts or shifting risk: African and African-Caribbean women's narratives on delay in seeking help for breast cancer. *Risk Decision and Policy*, *5*(3), 215–224. https://doi.org/10.1017/S135753090000020X

Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R. W., Hayward, A., Story, A., Perri, P., … Hewett, N. (2018). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *The Lancet (British Edition)*, *391*(10117), 266–280. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31959-1

Lyons, H. (2023, 13 april). *112,000 undocumented people live in Belgium, with almost half in Brussels*. The Bulletin. Geraadpleegd op 6 oktober 2024, van https://www.thebulletin.be/112000-undocumented-people-live-belgium-almost-half-brussels#:~:text=There%20are%20an%20estimated%20112%2C000%20people%20without%20residence,almost%20half%20of%20them%20are%20living%20in%20Brussels.

Macken, F., & Temmerman, M. (2023, 18 oktober). *Gedwongen terugkeer van mensen zonder papieren vooral naar landen binnen Europa.* VRT NWS. Geraadpleegd op 16 maart 2025, van https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/10/18/terugkeer-van-mensen-zonder-verblijfsvergunning/

Martinez, O., Wu, E., Sandfort, T., Dodge, B., Carballo-Dieguez, A., Pinto, R., … Chavez-Baray, S. (2015). Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *17*(3), 947-970. https://doi.org/10.1007/s10903-013-9968-4

Mate, K.S., Clark, J., & Salvon-Harman, J. (2024, 12 juli). *To improve health care, focus on fixing systems – not people.* Harvard Business Review. Geraadpleegd op 10 april 2025, van https://hbr.org/2024/07/to-improve-health-care-focus-on-fixing-systems-not-people

Medimmigrant. (2023, juni). Attest van Immatriculatie. Geraadpleegd op 14 december 2024, van https://medimmigrant.be/IMG/pdf/attest-immatriculatie-06-2023-nl.pdf

Merton, R.K. (1968). *Social theory and social structure*. New York: The Free Press.

Moore, G., Campbell, M., Copeland, L., Craig, P., Movsisyan, A., Hoddinott, P., … Evans, R. (2021). Adapting interventions to new contexts—the ADAPT guidance. *BMJ (Online)*, *374*, n1679–n1679. https://doi.org/10.1136/bmj.n1679

Moser, K., Patnick, J., & Beral, V. (2009). Inequalities in reported use of breast and cervical screening in Great Britain: analysis of cross sectional survey data. *BMJ*, *338*(7709), 1480–1484. https://doi.org/10.1136/bmj.b2025

Myers, R.E., Ross, E., Jepson, C., Wolf, T., Balshem, A., Millner, L., & Leventhal, H. (1994). Modeling Adherence to Colorectal Cancer Screening. *Preventive Medicine*, *23*(2), 142–151. https://doi.org/10.1006/pmed.1994.1020

Nguyen-Van-Tam, J., Simpson, J., Madele, R., & Davies, L. (1996). Health care experiences of Vietnamese families in Nottingham. *Health Trends*, *27*(4), 106–110.

OCMW Leuven. (2024). *Beslissing OCMW Leuven*. 19 juni, Leuven. Niet gepubliceerd.

Oostende. (z.d.). Dringende Medische Hulp voor Mensen Zonder Wettig Verblijf. Geraadpleegd op 22 april 2025, van https://www.oostende.be/dringende-medische-hulp-voor-mensen-zonder-wettig-verblijf

Palmer, D., & Ward, K. (2007). “Lost”: listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London. *Medicine, Conflict and Survival*, *23*(3), 198–212. https://doi.org/10.1080/13623690701417345

Peters, S., Rogers, A., Salmon, P., Gask, L., Dowrick, C., Towey, M., … Morriss, R. (2009). What Do Patients Choose to Tell Their Doctors? Qualitative Analysis of Potential Barriers to Reattributing Medically Unexplained Symptoms. *Journal of General Internal Medicine*, *24*(4), 443–449. https://doi.org/10.1007/s11606-008-0872-x

Pettigrew, A., Woodman, R., & Cameron, K. (2001). Studying organizational change and development: Challenges for future research. *Academy of Management Journal*, *44*(4), 697–713. https://doi.org/10.5465/3069411

Poulimeneas, D., Koniordou, M., Kousi, D., Merakou, C., Kopsidas, I., Tsopela, … Zaoutis, T.E. (2023). The Challenges of Vaccine Trial Participation among Underserved and Hard-to-Reach Communities: An Internal Expert Consultation of the VACCELERATE Consortium. *Vaccines*, *11*(12), 1784-1796. https://doi.org/10.3390/vaccines11121784

Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie [POD MI]. (2013). *Mediprima presentatie* [PowerPoint slides]. Geraadpleegd op 22 juli 2025, van https://www.mi-is.be/nl/tools-ocmw/mediprima

Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie [POD MI]. (2017). *Mediprima: Handleiding bestemd voor de OCMW's en de zorgverstrekkers.* Geraadpleegd op 18 november 2024, van https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fmedimmigrant.be%2FIMG%2Fdocx%2Fmediprima_hafb9c.docx&wdOrigin=BROWSELINK

Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie [POD MI]. (2022, 19 december). *Goede praktijk op het vlak van medische hulp: een gemeenschappelijke lijst van de geneesmiddelen D in de 19 Brusselse gemeenten.* Geraadpleegd op 4 april 2025, van https://www.mi-is.be/nl/actueel/goede-praktijk-op-het-vlak-van-medische-hulp-een-gemeenschappelijke-lijst-van-de

Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie [POD MI]. (2025, april). Aantal DMH-begunstigden per 1.000 inwoners (‰). Geraadpleegd op 22 april 2025, van https://stat.mi-is.be/nl/dashboard/amu_entities?menu=drilldown

Ridouani, M. (2020, 13 maart). *Stadsbestuur roept Leuvenaars op om solidair te zijn en lanceert 'Leuven Helpt'.* Leuven Pers. Geraadpleegd op 20 april 2025, van https://pers.leuven.be/stadsbestuur-roept-leuvenaars-op-om-solidair-te-zijn-en-lanceert-leuven-helpt

RIZIV & Dokters van de Wereld (2014). *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*. Wolters Kluwer. Geraadpleegd op 27 november 2024, van https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/groenboek.pdf

RIZIV. (z.d.). *Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.* Geraadpleegd op 15 december 2024, van https://www.riziv.fgov.be/nl/nomenclatuur

Roberfroid D, Dauvrin M, Keygnaert I., Desomer, A., Kerstens, B., Camberlin, C., … Derluyn, I. (2015). *Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf?* (KCE Report 257). Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. doi:10.57598/R257AS.

Rockliffe, L., Chorley, A. J., Marlow, L. A. V., & Forster, A. S. (2018). It's hard to reach the "hard-to-reach": the challenges of recruiting people who do not access preventative healthcare services into interview studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *13*(1), 1479582–1479582. https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1479582

Rogers, A., Kennedy, A., Nelson, E., & Robinson, A. (2005). Uncovering the Limits of Patient-Centeredness: Implementing a Self-Management Trial for Chronic Illness. *Qualitative Health Research*, *15*(2), 224–239. https://doi.org/10.1177/1049732304272048

Roose, H., & Meuleman, B. (2021). *Kennis maken*. Gent: Skribis

Rosenstock, I. M. (1966). Why People Use Health Services. *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, *44*(3), 94–127. https://doi.org/10.2307/3348967

Saxena, S., Eliahoo, J., & Majeed, A. (2002). Socioeconomic and ethnic group differences in self reported health status and use of health services by children and young people in England: cross sectional study. *BMJ*, *325*(7363), 520–523. https://doi.org/10.1136/bmj.325.7363.520

Shaghaghi, A., Bhopal, R. S., & Sheikh, A. (2011). Approaches to Recruiting "Hard-To-Reach" Populations into Re-search: A Review of the Literature. *Health Promotion Perspectives*, *1*(2), 86–94. https://doi.org/10.5681/hpp.2011.009

Stevenson, F., & Scambler, G. (2005). The relationship between medicine and the public: the challenge of concordance. *Health*, *9*(1), 5–21. https://doi.org/10.1177/1363459305048091

Stichting Vluchteling. (2023, 17 juni). *Vluchtelingen, asielzoekers, migranten: wat is het verschil?* Geraadpleegd op 12 december 2024, van https://www.vluchteling.nl/nieuws/vluchtelingen-asielzoekers-migranten-wat-is-het-verschil

Stuhlmiller, C. M., & Tolchard, B. (2018). Population Health Outcomes of a Student-Led Free Health Clinic for an Underserved Population: A Naturalistic Study. *Journal of Community Health*, *43*(1), 193–200. https://doi.org/10.1007/s10900-017-0402-z

Surendran, S., Joseph, J., Sankar, H., Benny, G., & Nambiar, D. (2024). Exploring the road to public healthcare accessibility: a qualitative study to understand healthcare utilization among hard-to-reach groups in Kerala, India. *International Journal for Equity in Health*, *23*(1), 157–12. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02191-7

Surkyn, J., Ahmad Yar, A. W., Ceylan, D., Vanthomme, K., & Bircan, T. (2022). *An analysis of mortality rates for estimating undocumented migrants in Belgium*. Leuven: Horizon 2020, HumMingBird Project.

Trefpunt odi. (z.d.). *Vluchtelingen, asielzoekers & mensen zonder wettig verblijf*. Geraadpleegd op 12 december 2024, van https://www.trefpuntodi.be/vluchtelingen-asielzoekers-mensen-zonder-wettig-verblijf?

Vandezande, J., Van Leeuwen, E., & Willems, S. (2021). Dringende Medische Hulpverlening in Antwerpen: wat vinden huisartsen van de huidige procedure? *Huisarts Nu 3,* 126-131.

Vlaanderen. (z.d.a). Bijzonder comité voor de sociale dienst. Geraadpleegd op 16 december 2024, van https://www.vlaanderen.be/lokaal-bestuur/organisatie-en-werking/bijzonder-comite-voor-de-sociale-dienst

Vlaanderen. (z.d.b). Bijzonder comité voor de sociale dienst: bevoegdheden. Geraadpleegd op 16 december 2024, van https://www.vlaanderen.be/lokaal-bestuur/organisatie-en-werking/bijzonder-comite-voor-de-sociale-dienst/bevoegdheden

Vlaanderen. (z.d.c). *Dienst Vreemdelingenzaken*. Geraadpleegd op 6 oktober 2024, van https://www.vlaanderen.be/organisaties/federale-overheidsdiensten/federale-overheidsdienst-binnenlandse-zaken/dienst-vreemdelingenzaken

Vlaanderen. (z.d.d). Gevallen van meertaligheid bij overheidscommunicatie. Geraadpleegd op 8 maart 2025, van https://www.vlaanderen.be/uw-overheid/over-vlaanderen/taalwetwijzer/taalwetgeving-in-bestuurszaken/gevallen-van-meertaligheid-bij-overheidscommunicatie

Vollebregt, S.J.C., Scholte, W.F., Hoogerbrugge, A., Bolhuis, K., & Vermeulen, J.M. (2023). Help-Seeking Undocumented Migrants in the Netherlands: Mental Health, Adverse Life Events, and Living Conditions. *Cult Med Psychiatry 47*, 1067–1089. doi: 10.1007/s11013-022-09790-5

Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht. (z.d.a). *Dringende medische hulp (DMH).* Vlaanderen. Geraadpleegd op 6 oktober 2024, van https://www.vreemdelingenrecht.be/medische-kosten/medische-kosten-betalingsregeling/dringende-medische-hulp-dmh

Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht. (z.d.b). *Gezinshereniging.* Vlaanderen. Geraadpleegd op 12 december 2024, van https://www.vreemdelingenrecht.be/verblijfsrecht/reguliere-migratie/gezinshereniging

Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht. (z.d.c). *Onwettig verblijf is strafbaar – hulp bieden niet.* Vlaanderen. Geraadpleegd op 12 december 2024, van https://www.vreemdelingenrecht.be/mensen-zonder-wettig-verblijf/onwettig-verblijf-strafbaar-hulp-bieden-niet

Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht. (z.d.d). *Rechten van mensen zonder wettig verblijf.* Vlaanderen. Geraadpleegd op 6 oktober 2024, van https://www.vreemdelingenrecht.be/mensen-zonder-wettig-verblijf/rechten-van-mensen-zonder-wettig-verblijf

Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht. (z.d.e). *Slachtoffer mensenhandel en -smokkel.* Vlaanderen. Geraadpleegd op 12 december 2024, van https://www.vreemdelingenrecht.be/verblijfsrecht/bescherming/slachtoffer-mensenhandel-en-smokkel

Vreemdelingenrecht & internationaal familierecht. (z.d.f). *Wat betekent 'zonder wettig verblijf'?* Vlaanderen. Geraadpleegd op 12 december 2024, van https://www.vreemdelingenrecht.be/mensen-zonder-wettig-verblijf/wat-betekent-zonder-wettig-verblijf

Walker, L. (2021, 21 juli). *Undocumented migrants in Brussels to end hunger strike.* The Brussels Times. Geraadpleegd op 7 december 2024, van https://www.brusselstimes.com/178435/undocumented-migrants-in-brussels-end-hunger-strike

We Are Belgium Too. (z.d.). *Open brief van mensen zonder papieren voor hun buren.* Geraadpleegd op 16 maart 2025, van https://www.wearebelgiumtoo.be/nl/

Webb, E., & Sergison, M. (2003). Evaluation of cultural competence and antiracism training in child health services. *Archives of Disease in Childhood*, *88*(4), 291–294. https://doi.org/10.1136/adc.88.4.291

Weedon-Fekjær, H., Weedon-Fekjær, P. R., & Vatten, L. J. (2014). Modern mammography screening and breast cancer mortality: population study. *BMJ*, *348*(jun17 17), g3701–g3701. https://doi.org/10.1136/bmj.g3701

Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV (2023). *1e overleg: Knelpunten en oplossingen.* 17 oktober, Leuven. Niet gepubliceerd.

Werkgroep Gezondheidszorg voor MZWV (2025). *3e overleg.* 7 mei, Leuven. Niet gepubliceerd.

Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445. doi:10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN

Wong, R. L. Y., Han, C. Y., Thomas, J., & Knowles, R. (2025). A qualitative descriptive study on the perspectives and experiences of multidisciplinary HCPs in providing nutritional care to older adults with cancer. *Supportive Care in Cancer*, *33*(221), 1-12. https://doi.org/10.1007/s00520-025-09254-7

Woodall, T., Ramage, M., LaBruyere, J.T., McLean, W., & Tak, C.R. (2021). Telemedicine Services During COVID-19: Considerations for Medically Underserved Populations. *The Journal of Rural Health*, *37*(1), 231–234. https://doi.org/10.1111/jrh.12466

Zielke, J., Offe, J., & Razum, O. (2024). Germany's new asylum legislation poses a threat to refugees' health. *The Lancet*, *403*(10433), 1234

11.11.11. (2022, 13 mei). *11.11.11 vraagt oplossingen voor mensen zonder wettig verblijf.* Geraadpleegd op 16 maart 2025, van https://11.be/verhalen/111111-vraagt-oplossingen-voor-mensen-zonder-wettig-verblijf

11. Bijlagen

Bijlage 1. Overzicht problemen en mogelijke oplossingen DMH

Interactie	Probleem	Mogelijke oplossing
Waarnemingsvermogen - toegankelijkheid	• Tekort aan gezondheidsvaardigheden • Complexe gezondheidszorg is afschrikkend	• Meer informatie over de gezondheidsdiensten voor MZWV • Outreach activiteiten & vrijwillige gezondheidsverdedigers • Promoten gezondheidsvaardigheden
	• Vertrouwen: schrik deportatie	• Ambassadeurs voor MZWV
	• Te weinig kennis zorgverleners over DMH	• Meer informatie over DMH-procedure voor zorgverleners • Andere benaming DMH • Lijst terugbetaalde medicatie
Zoekvermogen - Aanvaardbaarheid	• Stereotypen door zorgverleners	• Trainen culturele gevoeligheid
	• Recursiviteit van patiënten	• Proactief benaderen en verzorgen • Echt luisteren naar patiënten
Bereikbaarheid - Beschikbaarheid en aanpassing	• Transport	• Regelen vervoer
	• Taalproblemen	• Meer aanbieden tolken
	• Medische conventie	• Patiëntgebonden samenwerkingsakkoord • Makkelijk aansluiten medische conventie • MK
Betaalvermogen - Betaalbaarheid	• Sociaaleconomische middelen	• Niet zwartwerk of onregelmatig werk in rekening nemen

Vermogen om te engageren - Gepastheid	• Divers beleid verscheidene steden • Continuïteit DMH • DMH-procedure administratief complex • Geschiktheid gezondheidszorg • Informatie lost onderliggend probleem niet op	• Harmoniseren sociaal onderzoek • Samenwerken OCMW's en Fedasil (MediPrima) • Zorgverleningsprogramma's binnen de gemeenschappen • Meer communicatie tussen betrokken actoren & document en website met afspraken • MediPrima • Meer informatie • MZWV in publieke gezondheidszorgsysteem

Bijlage 2. Voorbeeld MK-document met alle benodigde informatie

Medische kaart

Afgeleverd door:

OCMW van ……..
Contactpersoon……..
Adres:……..
Tel:……..
Fax: ……
Mail: ……

Ten behoeve van:

Dhr./Mevr. ……..
Diens minderjarige zoon/dochter ……
Adres:……

Deze medische kaart is enkel geldig indien de patiënt zijn identiteit kan aantonen aan de hand van het hieronder aangekruiste document of een door het OCMW afgeleverde identificatiepas:

☐ Belgische identiteitskaart
☐ Bijlage 25
☐ Bijlage 26
☐ Bijlage 25bis
☐ Bijlage 26bis
☐ Identificatiepas (1)
☐ Attest van immatriculatie (oranje kaart / paarse kaart)
☐ Identiteitskaart voor EU-onderdanen (blauw)
☐ Identiteitskaart voor vreemdelingen (geel)
☐ Bewijs van Inschrijving in het Vreemdelingenregister (wit)
☐ Ander: ……..

De begunstigde is/is niet aangesloten bij een ziekenfonds → plak hier een kleefbriefje indien de begunstigde aangesloten is.
Het OCMW neemt het remgeld ten laste: ☐ja ☐neen.

De medische kaart werd afgeleverd op …… en is geldig van …… tot en met ……

De regeling dringende medische hulp is van toepassing: ☐ ja ☐ neen.

Indien de regeling dringende medische hulp van toepassing is, moet per prestatie, per farmaceutische verstrekking of per behandelingsreeks een attest dringende medische hulp bezorgd worden. Ook de voorschriften voor medicatie moeten 'dringende medische hulp' vermelden.

Het bovenstaande OCMW verbindt zich ertoe om onder de hierna bepaalde voorwaarden en eventuele beperkingen de medische kosten en kosten van medicatie van hogervermelde begunstigde ten laste te nemen. De medische kosten kunnen veroorzaakt zijn door ambulante zorgen alsook door een opname in een ziekenhuis.
Het OCMW betaalt enkel de RIZIV-tarieven (al dan niet met inbegrip van het remgeld zoals hoger aangeduid) terug tenzij hiervan uitdrukkelijk wordt afgeweken.

De medische kaart is geldig voor de volgende prestaties en medicatie:
- ……
- ……
-……

Medicatie wordt niet ten laste genomen/enkel ten laste genomen op voorschrift door de behandelende arts.

Kinesitherapie wordt niet ten laste genomen/enkel ten laste genomen op voorschrift door de behandelende arts.

De kosten van de in bijlage opgesomde prestaties worden nooit door het OCMW ten laste genomen. Elk OCMW bepaalt autonoom welke kosten het ten laste neemt.

Het OCMW moet binnen de **... dagen*** vanaf de zorgverstrekking schriftelijk (brief, fax of mail) verwittigd worden van de verstrekte zorgen, ambulant of hospitalisatie, of van de door de apotheker afgeleverde medicatie.
Het attest dringende medische hulp moet binnen de **... dagen*** op het bovenstaande adres aan het OCMW bezorgd worden. Poststempel geldt als bewijs.

Huisarts/Specialist
Het medisch getuigschrift moet binnen de **... dagen*** vanaf de zorgverstrekking met vermelding van de naam van de patiënt, het nomenclatuurnummer en de kostprijs van de prestatie op het bovenstaande adres en ter attentie van de bovenstaande contactpersoon aan het OCMW bezorgd worden. Bij dringende medische hulp moet ook het attest dringende medische hulp bezorgd worden.

Apotheker
De rekening moet binnen de **... dagen*** vanaf het afleveren van de medicatie met vermelding van de naam van patiënt, de naam van de zorgverlener die de medicatie heeft voorgeschreven, de datum van aflevering van de medicatie, de categorie van de medicatie, de prijs en de eventueel toegestane korting op het bovenstaande adres en ter attentie van de bovenstaande contactpersoon aan het OCMW bezorgd worden. Bij dringende medische hulp moet ook het voorschrift van de arts met de vermelding dringende medische hulp bezorgd worden.

Ziekenhuis
De volgende documenten: ☐ Originele factuur
☐ Uittreksel verpleegnota

moeten met vermelding van de naam van de patiënt, nomenclatuurnummer en kostprijs van de prestatie alsook het rekeningnummer waarop de betaling kan gebeuren (plus gewenste vermeldingen) en het RIZIVnummer van het ziekenhuis binnen een termijn van **... maanden**** vanaf de zorgverlening op het bovenstaande adres en ter attentie van de bovenstaande contactpersoon aan het OCMW bezorgd worden. Bij dringende medische hulp moet ook het attest dringende medische hulp bezorgd worden.

Het OCMW zal de betaling uitvoeren binnen een termijn van .....dagen.

Voor meer inlichtingen kan u terecht bij ..... op het tel: .....

Handtekening voorzitter Handtekening secretaris

* termijn die het OCMW in staat stelt om de 45-dagentermijn te respecteren (bijvoorbeeld 15 dagen) – hou rekening met het te voeren sociaal onderzoek
** termijn die het OCMW in staat stelt om binnen de 12 maanden de terugvordering van de Staat te doen (bijvoorbeeld 10 maanden)

Bron: Druyts et al., 2006

Bijlage 3. Vragenlijst Medewerker overheidsinstantie Gent & Oostende, Gemeenschapshelper Gent en expert in mensenrechten.

Concept	Voor wie	Vraag
Informatie over hun & impact MZWV	Gemeenschapshelper	- Kunt u kort uitleggen wat uw organisatie exact doet in Gent? Hoe relateert zich dit tot MZWV of DMH?
	Expert in mensenrechten	- Waarin specialiseert u zich en in welke onderwerpen bent u het meeste bezig? - Hoe relateert zich dit tot MZWV of DMH?
Werking MK Gent & Oostende	Medewerker overheidsinstantie Gent & Oostende; Gemeenschapshelper	- Kunt u het systeem omtrent DMH voor MZWV in uw stad uitleggen? - Welke gegevens staat er op jullie MK? - Zijn er grote verschillen omtrent jullie werking met andere steden?
	Expert in mensenrechten	- Hoe verschilt de toegang tot zorg voor MZWV volgens u per stad of regio?

Voordelen MK	Medewerker overheidsinstantie Gent & Oostende; Gemeenschapshelper	- Merken jullie een meerwaarde van de medische kaart, sinds de implementatie? Voor:
		  - MZWV?
		  - Overheidspersoneel?
		  - Zorgverleners?
		  - Apothekers?
		- Op welke manier kan de MK volgens u een impact hebben op de toegang tot de gezondheidszorg voor MZWV? Is dit eerder positief of negatief?
		- Wat was de impact op de werking van jullie organisatie na de implementatie van de MK?

	Expert in mensenrechten	- Welke meerwaarde zou een MK kunnen hebben volgens u? Voor:
		  - MZWV?
		  - Overheidspersoneel?
		  - Zorgverleners?
		  - Apothekers?
		- Op welke manier kan de MK volgens u een impact hebben op de toegang tot de gezondheidszorg voor MZWV? Is dit eerder positief of negatief?

Risico's MK	Medewerker overheidsinstantie Gent & Oostende	- Hebben jullie problemen gehad met de implementatie van de MK? Bij:
		  - MZWV?
		  - Overheidspersoneel?
		  - Zorgverleners?
		  - Apothekers?
		Weet u hier oplossingen voor, of belangrijke zaken waar op gelet moet worden?
		- Heeft u weet van enkele beperkingen of risico's die zich voordeden of voordoen bij het gebruik van de MK? Weet u hier oplossingen voor?
		- Hoe kan volgens u de privacy en veiligheid van patiënten gewaarborgd worden bij het gebruik van een MK?
		- Hoe kan ervoor gezorgd worden dat meer mensen kennis hebben van DMH?

	Gemeenschapshelper; expert in mensenrechten	- Heeft u weet van enkele beperkingen of risico's dat zich kunnen voordoen bij het gebruik van een MK? Weet u hier oplossingen voor, of belangrijke zaken waar op gelet moet worden? - Hoe kan volgens u de privacy en veiligheid van patiënten gewaarborgd worden bij het gebruik van een MK? - Hoe kan ervoor gezorgd worden dat meer mensen kennis hebben van DMH?
Implementatie MK	Medewerker overheidsinstantie Gent & Oostende	- Welke stappen hebben jullie gezet om de MK voor DMH zo effectief mogelijk te implementeren? - Wat zou nog een meerwaarde hebben mocht het op de MK staan?
	Gemeenschapshelper; Expert in mensenrechten	- Welke stappen zouden nodig zijn om de MK voor DMH zo effectief mogelijk te implementeren? - Welke gegevens zouden volgens u op een MK moeten staan om effectief te zijn voor MZWV?

Samenwerking andere actoren	Medewerker overheidsinstantie Gent & Oostende	- Welke organisaties en instellingen waren betrokken bij de implementatie van de MK in uw stad?
		- Hadden zorgverleners meteen de benodigde kennis en vaardigheden om met de MK te werken?
		- Hoe kunnen zorgverleners en apothekers worden getraind om met MK te werken?
		- Welke factoren zijn cruciaal om ervoor te zorgen dat de kaart breed geaccepteerd wordt? Door:
		  - MZWV?
		  - Overheidspersoneel?
		  - Zorgverleners?
		  - Apothekers?

	Gemeenschapshelper; expert in mensenrechten	- Hoe kunnen zorgverleners en apothekers worden getraind om met een MK te werken?
		- Welke factoren zijn cruciaal om ervoor te zorgen dat de kaart breed geaccepteerd wordt? Door:
		  - MZWV?
		  - Overheidspersoneel?
		  - Zorgverleners?
		  Apothekers?
		- Welke organisaties of instellingen zouden volgens u betrokken moeten worden bij de ontwikkeling en distributie van een MK?

Bijlage 4. Vragenlijst actoren ELZ Leuven.

Determinant	Concept	Voor wie	Vraag
1. Factoren van de richtlijn			
Aanbeveling	Kwaliteit en sterkte van het bewijs	Alle actoren	- Wat vindt u van de kwaliteit van het bewijs dat een MK zou kunnen werken in ELZ Leuven omdat het zo wordt gedaan en goed werkt in Gent en Oostende?
	Helderheid	Alle actoren	- Is de implementatie van de MK en de werking hiervan specifiek en eenduidig (en dus duidelijk)?
	Cultural appropriateness	Alle actoren	- Denkt u dat de MK in ELZ Leuven zou passen? Op vlak van normen en waarden bijvoorbeeld? - Past de MK bij de huidige normen en waarden van jullie organisatie? Van u?
	Toegankelijkheid	Alle actoren	- Vindt u makkelijk informatie terug omtrent de MK en DMH? Is deze duidelijk?
Aanbevolen gedrag	Verenigbaarheid	Alle actoren	- Zou de werking van de MK passen bij de huidige praktijk/ gang van zaken?
	Testbaarheid	Alle actoren	- Is het mogelijk om de MK eerst te testen? - Denkt u dat het vooraf testen nodig is? - Op welke manier zou dit moeten gebeuren?
	Observeerbaarheid	Alle actoren	- Wat zijn volgens u de mogelijke voordelen en bij het werken met een MK? - Zijn deze voordelen duidelijk voor u?
2. Individuele factoren van de betrokken actoren			
Kennis & vaardigheden	Domeinkennis	Alle actoren Medisch en sociaal zorgverlener & apotheker	- Wat weet u allemaal over mensen zonder wettig verblijf en DMH? - Hoe wordt DMH momenteel gebruikt? - Kent u de barrières en facilitators voor hun toegang tot de gezondheidszorg in de context van DMH? Wat zijn die? - Weet u hoe en naar wie u een betalingsverbintenis voor het terugbetalen van DMH moet doorsturen?
	Bewustzijn en bekendheid van de aanbeveling	Alle actoren	- Wat vindt u dat er nodig is zodat jullie organisatie de nodige informatie kent?

	Kennis over eigen praktijk	Alle actoren	- Denkt u dat jullie veel invloed kunnen hebben op de effectiviteit en de werking van DMH?
	Nodige vaardigheden	Alle actoren	- Welke vaardigheden denkt u dat u nodig heeft om goed in contact te kunnen komen met MZWV, hen te helpen en door te verwijzen (en ook vertrouwen geven in de organisaties…)? - Heeft u die?
Cognities	Aanvaarding aanbeveling	Alle actoren	- In welke mate gaat u akkoord met de implementatie van de MK in ELZ Leuven? Waarom? - Vinden jullie dat er noodzaak is voor verandering van de huidige situatie van DMH in ELZ Leuven?
	Verwachte uitkomst	Alle actoren	- Denkt u dat de implementatie van de MK tot de gewenste resultaten zal zorgen? - Denkt u dat er momenteel veel misbruik wordt gemaakt van DMH door mensen? Bv naar hier verhuizen vanuit andere landen? - Denkt u dat er (meer) misbruik gaat komen indien er een MK wordt ingevoerd? (bv mensen naar ELZ Leuven komen omdat hier betere DMH) - Hoe zou dit moeten worden tegengehouden?
	Intentie en motivatie	Alle actoren	- Zouden jullie willen samenwerken met het OCMW of deze willen en kunnen ondersteunen (door MZWV door te sturen en uitleg te geven)?
	Leerstijl	Alle actoren	- Op welke manier vindt u dat u informatie moet kunnen verkrijgen? (bv opleidingen, infosessies, brochures…)
Professioneel gedrag	Aard van gedrag	Alle actoren	- Zijn er bepaalde zaken waarmee jullie hun proberen te helpen of ondersteunen? - Wat loopt er mis?
3. **Factoren van MZWV**			
Noden MZWV		Alle actoren	- Wat zijn volgens u de noden en eisen van MZWV? - Komt dit overeen met wat u ziet in de realiteit? - Kan er momenteel hieraan voldaan worden met de huidige werking?

Overtuigingen en kennis van MZWV	Alle actoren	- Hebben MZWV voldoende kennis en informatie omtrent DMH volgens u? - Wat vinden MZWV van de werking van DMH? Kunnen ze hier mee werken of is het te ingewikkeld? - Kunnen jullie als organisatie hen er leren mee te werken?
Motivatie van MZWV	Alle actoren	- Wat vindt u van de motivatie van MZWV om te proberen DMH te ontvangen of naar een zorgverlener te gaan? - Hebben ze voldoende motivatie om eerst via Leuven Helpt te gaan om dan pas naar OCMW?
4. Professionele interacties		
Teamprocessen	Alle actoren	- Heeft uw organisatie de nodige vaardigheden om met de MK te werken en MZWV te ondersteunen?
Doorverwijzingsproces	Alle actoren	- Hoe loopt momenteel het doorverwijzen van MZWV naar de juiste instellingen? - Werkt dit goed? Wat zou beter gaan? - Is er genoeg communicatie tussen de diensten?
5. **Stimulansen en middelen**		
Beschikbaarheid van de vereiste middelen	Alle actoren	- Heeft u de nodige middelen om jullie werking te veranderen, met de MK te leren werken/uit te voeren? Bv tijd, skills…
Informatiesysteem	Alle actoren	- Vindt u dat u meer informatie moet verkrijgen omtrent de MK en DMH? - Hebben jullie een goed contact met het OCMW, een vast contactpersoon? Kunnen jullie hen makkelijk bereiken met vragen?
Beschikbare hulp	Alle actoren	- Hebben jullie genoeg ondersteuning of middelen om MZWV te helpen? - Om de werking te veranderen om met de MK te werken? (Bv checklists, handleiding, informatie, hulp bij beslissingen…?) Is deze duidelijk? Is deze gemaakt door jullie organisatie of is deze wijdverspreid en algemeen voor heel Leuven?

6. Capaciteit voor organisatorische verandering		
Mandaat, autoriteit, Verantwoordingsplicht	Medewerker overheidsinstantie	- Welke organisatorische veranderingen zijn er nodig zodat een MK geïmplementeerd zou kunnen worden en efficiënt zou werken? - Wie kan deze veranderingen teweegbrengen?
Bekwaam leiderschap	Medewerker overheidsinstantie	- Welke veranderingen moeten mensen met een leiderschapsfunctie doorvoeren? - Zijn zij betrokken met jullie?
Relatieve sterkte van voor- en tegenstanders	Medewerker overheidsinstantie	- Zijn er tegenstanders of voorstanders voor de implementatie van de MK voor MZWV? Om welke redenen?
Prioriteit van de nodige veranderingen	Alle actoren	- Vindt u het invoeren van de MK prioritair? Of eerder betere communicatie met tussen de instanties en betere informatie doorgeven naar MZWV? - Heeft u andere ideeën dat volgens u belangrijk zijn voor een betere toegang voor MZWV tot de gezondheidszorg?
7. Sociale, juridische en politieke factoren		
Economische beperkingen	Medewerker overheidsinstantie	- Wat zijn de benodigde kosten en middelen voor het implementeren van de MK?
Beleid van betaler	Gemeenschapshelpers	- Worden jullie gefinancierd door bepaalde mensen of organisaties en hebben die een invloed op wat jullie (kunnen/mogen) doen als organisatie?
8. **Aanvullende vragen**		
MK	Alle actoren	- Hoe vindt u dat de MK moet toegekend worden? - Welke informatie vindt u dat er zeker op moet staan (gebaseerd op Druyts et al., 2006). - Vrije keuze van zorgverlener, of werken met lijst van zorgverleners met voldoende kennis over DMH en MK?
Beschikbare informatie	Alle actoren	- Welke informatie zouden MZWV toegang toe moeten hebben over DMH en MK? Op welke manier? - Welke informatie moet er zijn voor een goede implementatie van de MK?

	Sociaal en medisch zorgverlener, medewerker overheidsinstantie, apotheker	- Welke informatie voor zorgverleners is er nodig zodat er zekerheid is dat zorgverleners terug betaald worden? Voor een goede implementatie?
Betrokkenen	Alle actoren	- Wie vindt u dat betrokken moeten worden in de implementatie zodat er een goede implementatie gebeurt? - Welke afspraken zouden gemaakt moeten worden met jullie en andere betrokkenen zodat de MK succesvol is?
Andere oplossingen	Alle actoren	- Zijn er andere belangrijke oplossingen waarnaar gekeken moet worden zodat er een betere toegang tot de gezondheidszorg voor MZWV wordt verzekerd?

Bron*:* Flottorp et al., 2013 & Damschroder et al., 2009 (+ eigen bewerking)

Bijlage 5. Implementatie van de MK binnen ELZ Leuven: succesfactoren en barrières met mogelijke oplossingen

Faciliterend voor implementatie MK	**Belemmerend voor implementatie MK**	**Oplossingen voor de belemmeringen**
Overtuigd van werking		
	Nog niet helder bevonden, verwarring met betalingsverbintenissen	Implementatie duidelijk en ondubbelzinnig communiceren
	Schaarse informatie aanbeveling	Meer informatieverspreiding Beknopte richtlijnen
Waarden en normen passend		
Werking passend		
Culturally appropriate		
Percepties omtrent testbaarheid	Percepties omtrent testbaarheid	Best testfase hebben
Observeerbaarheid van de voordelen	Observeerbaarheid van de voordelen	Voordelen aantonen
	Kennis omtrent MZWV en DMH	Kennis verspreiden
	Toegankelijkheid van informatie DMH	Duidelijke communicatie en regeling vanuit OCMW Informatieverspreiding: e-mails, website, brochures, infodagen, opleidingen en contactpersoon
Aanvaarding aanbeveling		
Verwachte uitkomst		
Samenwerken met OCMW		
	Procedurele fouten binnen organisaties, onduidelijkheid & veel werk, informatietekort	Contactpersoon binnen OCMW Ontwikkelen checklists, brochures en handleidingen DMH
Noden en eisen MZWV		
	Kennis van MZWV over hun rechten	Opleidingen organiseren voor betrokkenen
Betrokkenen op de hoogte van kennis van MZWV		
	Motivatie MZWV	Middenveldorganisaties leren kennen Strategieën geven aan betrokkenen om MZWV te overtuigen

	Tekort aan vaardigheden	Teams met een gedeeld doel: referentie-maatschappelijk werker / aparte afdeling
	Doorverwijzen	Overzichtelijk document met organisaties
	Hoge werkdruk	Taken herverdelen: referentie-maatschappelijk werker / aparte afdeling
Hoogdringend bevonden		

Bron: Flottorp et al., 2013 en eigen data

Bijlage 6. Voorbeeld MK voor ELZ Leuven

Voorkant

Achterkant

Bijlage 7. Voorbeeld website DMH

Vereiste informatie voor publicatie op de DMH-webpagina van ELZ Leuven
• Welke verblijfsdocumenten als identificatiemiddel mogen gebruikt worden • De nood aan het attest DMH voor verleende zorgen EN voorschriften voor benodigde geneesmiddelen • Vermelden dat het voorschrift voor geneesmiddelen de term 'DMH' moet bevatten • Adres waarnaar de factuur en attest DMH verstuurd moet worden • Termijn waarbinnen de factuur en attest DMH moet gebeuren (zodat het OCMW binnen de 12 maanden kan terugvorderen van de Staat) • Termijn waarbinnen het OCMW verwittigd dient te worden over de verleende zorgen (zodat OCMW de 45dagentermijn van de POD MI kan respecteren) • Informatie dat vermeld dient te worden bij de factuur (RIZIV-nummer en rekeningnummer van de zorgverlener…) • Termijn waarbinnen de zorgverleners terugbetaald zullen worden • Termijn dat MK geldig is (bijvoorbeeld 3 maanden) • Vermelden welke prestaties worden terugbetaald indien dit van toepassing is, bijvoorbeeld alle kosten in verband met zwangerschap of diabetes. • Welke kosten terugbetaald worden door de POD MI (lijst van de RIZIV-nomenclatuur of weblink hiernaar) • Welke kosten het OCMW extra vergoedt, aan de hand van bijvoorbeeld een van D-lijst medicatie • Aflijnen welke zorgverleners binnen DMH vallen: huisarts, kinesist, tandarts, specialist… • Vermelden of MZWV zelf het remgeld moeten betalen • Verwijzing naar de medische conventie • Attesten DMH per zorgverlener dat afgedrukt kan worden • Recht op vrije keuze van zorgverlener of lijst van zorgverleners die het OCMW aanraadt aangezien deze gekend zijn met de DMH-procedure • Enkel generische (goedkopere) geneesmiddelen mogen voorgeschreven worden en/of enkel voorschrijven op stofnaam en dus niet merknaam • Wie er gecontacteerd kan worden indien er vragen zijn • Het feit dat ook derden DMH kunnen aanvragen • Wat van elke betrokken actor specifiek verwacht wordt voor het goed verlopen van DMH

Bron*:* Druyts et al., 2006 (+ eigen bewerking)