

Projectoproep etnische diversiteit en gezondheidsvaardigheden

Kom op tegen Kanker lanceert een projectoproep voor initiatieven die de toegankelijkheid van de kankerzorg en de kankerpreventie voor migranten en etnische minderheden verbeteren. Deze initiatieven moeten focussen op het thema 'gezondheidsvaardigheden'.

context

-Migranten en etnische minderheden zijn groepen die een minderheidsstatus hebben in het land waar ze wonen op basis van etniciteit, geboorteplaats, taal, religie, burgerschap en culturele achtergrond. Migranten en etnische minderheden hebben over het algemeen een minder goede psychische en lichamelijke gezondheidsstatus in vergelijking met de Belgische of autochtone bevolking, wat onder andere te maken heeft met ongelijke toegang tot zorg en de kwaliteit van de ontvangen zorgⁱ. Er zijn verschillende verklarende factoren zoals taalbarrières, beperktere gezondheidsvaardigheden van migranten en etnische minderheden en lage niveaus van interculturele competentie bij de zorgverstrekkers.^{ii iii}

-Bij gezondheidsvaardigheden gaat het om *'de kennis, motivatie en competentie om informatie over gezondheid op te zoeken, te begrijpen, te beoordelen, en toe te passen om in het dagelijks leven beslissingen te kunnen nemen met betrekking tot de gezondheidszorg, ziektepreventie en gezondheidsbevordering, en zo gedurende de ganse levensloop de eigen gezondheid te handhaven of te verbeteren.'*^{iv}. Gezondheidsvaardigheden omvatten dus vier capaciteiten: het vermogen om informatie te zoeken, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen. Deze vaardigheden maken het mogelijk voor een persoon om z'n weg te vinden in drie domeinen van gezondheid: als patiënt in de gezondheidszorg, als persoon die een ziekte kan vermijden (preventie), en als burger in relatie tot gezondheidsbevorderingsinitiatieven in de samenleving. Dit laatste domein gaat bijvoorbeeld over burgers die zich verenigen om hun leefomgeving gezonder te maken of een gezondheidsrisico in hun omgeving op de politieke agenda te krijgen.

-In onze samenleving heeft lang niet iedereen voldoende gezondheidsvaardigheden. Zo is er bij mensen met migratie-achtergrond een hogere prevalentie van onvoldoende gezondheidsvaardigheden. Dit kan te maken hebben met een beperkte kennis van ons zorgsysteem, en andere culturele concepten over ziek zijn en gezondheidszorg. Bovendien is er in bepaalde groepen, bijvoorbeeld eerste generatie migranten, een hoge kans op een combinatie met andere risicofactoren, zoals een lage opleiding, een lage socio-economische status^x, en een gebrekkige beheersing van de landstalen^{v vi}.

-Lagere gezondheidsvaardigheden hebben een impact op gezondheidsgedrag, gezondheid en gebruik maken van gezondheidszorg. Zo hangen lage gezondheidsvaardigheden samen met minder fysieke activiteit^{vii}, slechtere voedingsgewoonten en gebruik van geneesmiddelen^{vi} en met een lagere zelfgerapporteerde gezondheidsstatus^{viii}. Lagere gezondheidsvaardigheden zouden ook leiden tot hoger gebruik van gezondheidszorg, maar een lager gebruik van preventie^{i iv viii ix}. Lagere gezondheidsvaardigheden maken het moeilijker om een goede diagnose te stellen of een geïnformeerde keuzes te maken. Het leidt tot lagere therapietrouw en een kleinere patiëntentevredenheid^x.

-Tendenzen in de gezondheids- en welzijnszorg zoals 'vermaatschappelijking van de zorg', desinstitutionalisering en een klemtoon op vraaggestuurde zorg dreigen ervoor te zorgen dat lagere gezondheidsvaardigheden nog riskanter worden^x.

Welke projecten komen in aanmerking?

Wat?

Doel van de projecten

-Projecten moeten als doel hebben om

-een verbetering op minstens 1 van de dimensies van gezondheidsvaardigheden teweeg te brengen: het vermogen om informatie te zoeken, te begrijpen, te beoordelen en toe te passen (focus op personen uit etnische minderheden of met migratie-achtergrond).

-ofwel: om in de gezondheidszorg drempels weg te nemen zodat migranten en etnische minderheden met beperkte gezondheidsvaardigheden de nodige informatie toch kunnen vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen (focus op organisatie van gezondheidszorg).

- Er moet een duidelijke band zijn met kankerzorg of kankerpreventie.

Doelgroep van de projecten

-Projecten moeten zich richten op migranten en etnische minderheden met potentieel beperkte gezondheidsvaardigheden

Voorwaarden voor indiening

m.b.t. projectinhoud

-Het project gaat over de ontwikkeling van producten, strategieën, technieken, cursussen, materialen... om gezondheid en gezondheidszorg toegankelijker te maken voor migranten en etnische minderheden met beperkte gezondheidsvaardigheden of om hun gezondheidsvaardigheden te versterken. Projecten kunnen bijvoorbeeld gaan over het aanbieden van informatie (in het ziekenhuis, in de eerste lijn, op bijsluiters van geneesmiddelen...), de organisatie van de zorg, werken met interculturele bemiddelaars en sociaal tolken. De oproep gaat dus niet over epidemiologisch onderzoek over gezondheidsvaardigheden.

-De projecten moeten aanvullend zijn op wat al bestaat. Als er nog geen training, website... bestaat, kan de ontwikkeling van zo'n product een project zijn. Als er wel al een product bestaat, kan onderzoek over (kosten)effectiviteit in aanmerking komen. Ook projecten over de implementatie en verspreiding van al geteste instrumenten of producten komen in aanmerking.

-De filosofie van de projecten moet in overeenstemming zijn met de visie en missie van Kom op tegen Kanker en met de filosofie van het strategisch plan 2017-2021. Eén strategische doelstelling luidt: *"Kom op tegen Kanker vindt de gezondheidskloof in onze diverse samenleving onaanvaardbaar. Daarom neemt Kom op tegen Kanker in al zijn strategische doelstellingen initiatieven voor een gezondheids- en welzijnszorg die beter rekening houdt met de diversiteit in onze samenleving."* Bij preventie- of zorgprojecten dient de indiener ook rekening te houden met de relevante strategische doelstellingen (zie <http://www.komoptegenkanker.be/het-toekomstplan-2017-2021>)

-Actieve betrokkenheid van de doelgroep in het project (bij het uitwerken van het project, in de stuurgroep, bij de ontwikkeling...) is een must.

m.b.t. de projectaanvrager

-De projectaanvrager kan ervaring aantonen met betrekking tot kankerzorg of kankerpreventie aan migranten en etnische minderheden.

-De projectaanvrager kan ervaring aantonen met de voor het project benodigde methodieken (bijv. ervaring met productontwikkeling indien van toepassing; bijv. ervaring met

(kosten)effectiviteitsonderzoek). Als de nodige ervaring niet bij één aanvrager zit, is samenwerking tussen verschillende organisaties een optie (bijv. een zorgorganisatie en onderzoeksinstelling).

Voorwaarden voor indiening

Wat kan aangevraagd worden?

Duur

Een project duurt in principe maximum 3 jaar. Afwijkingen van de projectduur dienen grondig gemotiveerd te worden.

Budget

Elke ingebrachte kostenpost moet rechtstreeks en ondubbelzinnig verband houden met en verantwoord worden in het kader van het project. Het staat de Psychosociale Commissie die de projecten beoordeelt vrij kostenposten te schrappen en/of aanpassingen aan het budget op te leggen als voorwaarde voor toekenning.

In geen geval mogen overheadkosten (indirecte kosten) in rekening worden gebracht. Het gaat hier om kosten die niet eigen zijn aan het aangevraagde project. Dit omvat onder meer kosten voor verwarming, huur, water ...

Aangezien het om een subsidie gaat voor een project dat door de projectverantwoordelijke bij de projectfinancier werd ingediend, is de financier hiervoor geen BTW verschuldigd.

Er kan een toelage aangevraagd worden ter dekking van:

** Personeelskosten*

Voor één FTE wordt het standaardbedrag van €65 000/jaar gehanteerd. Indien hogere bedragen worden aangevraagd, dient hiervoor een goede motivering toegevoegd te worden.

** Werkingskosten*

De werkingskosten die direct aan het project toe te schrijven zijn, kunnen ingebracht worden op het project. Werkingskosten omvatten o.m. kosten voor transport/verplaatsingen, inhuren jobstudenten, klein bureaumateriaal, verzendkosten ... Kosten die in principe niet in aanmerking komen zijn reis-/verblijfskosten voor congressen en recupereerbare BTW.

In alle gevallen is het zo dat alleen kosten ingediend kunnen worden die eenduidig in verband te brengen zijn met het project. Indien het gebruik van het product of de dienst (de looptijd van) het project overschrijdt, kunnen de kosten enkel proportioneel tot het gebruik voor het project ingebracht worden. De werkingskosten moeten terug te vinden zijn in de boekhouding en met facturen gestaafd kunnen worden.

** Uitrustingskosten*

Uitrustingskosten (bijv. laptop, pc, opnameapparatuur) komen in principe niet in aanmerking voor betoelaging.

De deadline voor het indienen van projecten is 27/09/2017. Indienen kan via <http://expro.komoptegenkanker.be>

Voor meer informatie m.b.t. de inhoud van de oproep, contacteer Ward Rommel:
ward.rommel@komoptegenkanker.be

Voor meer informatie m.b.t. het indienen van een project (financiële, administratieve modaliteiten), contacteer Inge Pelemans: inge.pelemans@komoptegenkanker.be

ⁱ De Becker, S., & Hendrickx, K. (2014). *Optimalisatie van baarmoederhalskankerscreening in een multiculturele huisartsenpraktijk*. UGENT/UA, Gent, Antwerpen.

ⁱⁱ Chiarenza, A. (6/12/2013). *developing migrant-friendly health care organisations: from assessment to implementation*. Gepresenteerd bij Diversiteit in het ziekenhuis: waar staan we nu? Welke rol voor de intercultureel bemiddelaar?, Brussel. URL:
http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Interculturalmediation/Workshop_061213/index.htm#.VqimulJAqCc

ⁱⁱⁱ Schaeffer, D., Berens, E.-M., & Vogt, D. (2017). Health literacy in the German population. Results of a representative survey. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, 53–60.

^{iv} (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European, Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., ... Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

^v Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., Callens, M., Van den Broucke, S., & Renwart, A. (2014). De gezondheidsvaardigheden van de Belgen in kaart gebracht. *CM Informatie*, 258.

^{vi} Derluyn, I., Lorant, V., Dauvrin, M., Coune, I., & Verrept, H. (2011). Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. Geraadpleegd van
<http://www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Interculturalmediation/index.htm>

^{vii} Pelikan, J. M., Röthlin, F., & Ganahl, K. (2012). *comparative report on health literacy in eight EU member states. the European Health Literacy Survey HLS-EU*. European Health literacy project consortium. Geraadpleegd van www.health-literacy.eu

^{viii} Baars, J. E., van Dulmen, A. M., Velthuis, M. E., van Riel, E., & Ausems, M. G. E. M. (2017). Breast cancer genetic counseling among Dutch patients from Turkish and Moroccan descent: participation determinants and perspectives of patients and healthcare professionals. *Journal of Community Genetics*.
<https://doi.org/10.1007/s12687-016-0290-4>

^{ix} Lindau ST, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Bennett CL, Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186:938-43

^x Fransen, M. P., Harris, V. C., & Essink-Bot, M.-L. (2013). Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst. Alleen een tolk inzetten is meestal niet genoeg. *nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, a5581(157), 1–6.