



Preventie in de eerstelijnszorg

Een kwalitatieve studie naar het gebruik van preventie in een superdiverse samenleving

Falke Tibax

Dr. François Levrau

Edith Piqueray

Steunpunt Inburgering en Integratie

Steunpunt Inburgering en Integratie

Consortium Universiteit Antwerpen (CeMIS), Katholieke Universiteit Leuven (HIVA),
Universiteit Gent (SDL) en Universiteit Hasselt (SEIN)

Lange Nieuwstraat 55

B-2000 Antwerpen

www.steunpuntieni.be

steunpuntieni@uantwerpen.be

© 2016 Steunpunt Inburgering en Integratie

INHOUD

INLEIDING	1
DEEL 1: DIVERSITEIT IN DE GEZONDHEIDSZORG.....	3
1 MIGRATIE EN GEZONDHEID	4
1.1 VAN DIVERSITEIT NAAR SUPERDIVERSITEIT	4
1.2 DE GEZONDHEIDSTOESTAND VAN PERSONEN VAN BUITENLANDSE HERKOMST	7
1.3 GEZONDHEIDSDETERMINANTEN	11
1.3.1 SOCIAAL-ECONOMISCHE POSITIE	11
1.3.2 WOONOMSTANDIGHEDEN	14
1.3.3 CULTURELE INVLOEDEN.....	15
1.3.4 TOEGANG TOT DE GEZONDHEIDSZORG EN ZORGGEBRUIK.....	17
2 DE ORGANISATIE VAN GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN	18
2.1 ALGEMEEN GEZONDHEIDSBELEID	18
2.2 PREVENTIEBELEID.....	20
2.2.1 PREVENTIEVE ZORGVERLENING.....	21
2.3 FINANCIERINGSSYSTEEM VAN DE EERSTELIJNSZORG	23
2.4 TRANSCULTURELE GEZONDHEIDSZORG.....	26
2.4.1 NAAR EEN TRANSCULTURELE ZORGVERLENING	26
3 CASUS: HET GLOBAAL MEDISCH DOSSIER PLUS ALS PREVENTIEMIDDEL ..	28
3.1 HET GLOBAAL MEDISCH DOSSIER PLUS.....	29
3.2 HET GEBRUIK VAN EEN GLOBAAL MEDISCH DOSSIER PLUS IN EEN HUISARTSPRAKTIJK.....	29
3.3 KNELPUNTEN BIJ HET GEBRUIK VAN EEN GLOBAAL MEDISCH DOSSIER PLUS	30
4 BESLUIT.....	32
DEEL 2: EEN KWALITATIEVE ANALYSE	34
5 METHODOLOGIE & ONDERZOEKSDATA	35
5.1 ANALYSE-TECHNIEK	35
5.2 METHODOLOGIE.....	36
6 EEN KWALITATIEVE ANALYSE.....	38
6.1 ALGEMENE PREVENTIEVE GENEESKUNDE	39
6.1.1 WAT VERSTAAN HUISARTSEN ONDER PREVENTIE?	39
6.1.2 WELKE POSITIE NEMEN HUISARTSEN IN BINNEN PREVENTIEVE GENEESKUNDE?.....	40

6.1.3	HOE DOET MEN AAN PREVENTIE BINNEN DE HUISARTSPRAKTIJK EN WIE BEREIKT MEN?.....	44
6.2	WELKE DREPELS ERVAREN HUISARTSEN BIJ PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG?	51
6.2.1	TIJDSBARRIÈRE.....	51
6.2.2	FINANCIËLE BARRIÈRE	52
6.2.3	CULTUURBARRIÈRE.....	53
6.2.4	TAALBARRIÈRE.....	58
6.3	CASUS: HET GLOBAAL MEDISCH DOSSIER PLUS	61
6.3.1	HET GMD+ IN DE HUISARTSPRAKTIJK	62
6.3.2	WIE BEREIKT MEN MET HET GMD+?	65
6.3.3	DE THEMA'S VAN HET GMD+	66
7	BESLUIT.....	69
8	BELEIDSAANBEVELINGEN	75
9	BIBLIOGRAFIE	79
10	APPENDIX.....	86
10.1	BIJLAGE 1: FORFAITAIRE PRAKTIJKEN IN VLAANDEREN.	86
10.2	BIJLAGE 2: HET GLOBAAL MEDISCH DOSSIER PLUS	87
10.3	BIJLAGE 3: ONDERZOEKSPOPULATIE SEMI-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS.....	89
10.4	BIJLAGE 4: ONLINE SURVEY	90
10.5	BIJLAGE 5: SOCIAAL GEZONDHEIDSMODEL DAHLGREN & WHITEHEAD.	93

Overzicht van tabellen en figuren.

Figuren

<i>Figuur 1 Geografische spreiding van de bevolking van buitenlandse herkomst.</i>	<i>5</i>
<i>Figuur 2 Subjectieve gezondheid: aandeel personen dat de eigen gezondheid als (zeer) goed en (zeer) slecht omschrijft, naar nationaliteit, 16 jaar en ouder, Vlaams Gewest, 2013, in %</i>	<i>8</i>
<i>Figuur 3 Subjectieve gezondheid naar herkomst, in percentages (gewogen), België.</i>	<i>9</i>
<i>Figuur 4 Gezondheidsgedrag naar nationaliteit</i>	<i>11</i>
<i>Figuur 5 Werkzaamheidsgraad en werkloosheidsgraad op basis van administratieve KSZ-data, per herkomstgroep, 18-64 jaar, Vlaams Gewest, 2013, begin van het jaar, in %</i>	<i>13</i>
<i>Figuur 6 Opleidingsgraad naar geboorteland:</i>	<i>14</i>
<i>Figuur 7 Woonkwaliteit op basis van EU-SILC-survey</i>	<i>15</i>

Tabellen

<i>Tabel 1 Evolutie van het aantal personen van buitenlandse herkomst.....</i>	<i>5</i>
<i>Tabel 2 Mediaan inkomen en inkomensverdeling.</i>	<i>12</i>
<i>Tabel 3 Vergelijking van de driejaarlijks gemiddelde zorguitgaven tussen de twee financieringssystemen in België (2002-2004)</i>	<i>25</i>

There is no more serious inequality than knowing that you'll die sooner because
you're badly off

- Frank Dobson (Secretary of State for Health, UK).

INLEIDING

Vlaanderen wordt gekenmerkt door een toenemende diversiteit. Niet enkel neemt het aantal vreemdelingen en personen met een buitenlandse herkomst toe, ook de interne verscheidenheid bij deze groepen stijgt (Van den Broucke, Stuyck, et al., 2015). Deze complexe werkelijkheid van superdiversiteit kent talrijke implicaties voor het beleid (Benyaich, 2014). Zo vragen de verschillende religieuze of wereldbeschouwelijke opvattingen, culturele expressies en tradities, een beleid dat hier op een aangepaste manier mee kan omgaan. Onder andere in de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2014-2019) wordt dan ook duidelijk gesteld dat men zich meer moet focussen op de diverse doelgroepen met in het bijzonder mensen van buitenlandse herkomst. Zij ondervinden immers vaker problemen die betrekking hebben op gelijke kansen, rechten en volwaardige participatie in de maatschappij. Specifiek wil men het gezondheidsbeleid onder handen nemen en streven naar een 'zorg op maat'. Een van de doelstellingen van deze beleidsnota is dan ook het inzetten op een hulp- en dienstverlening en een gezondheidszorg die meer cultureel competent is en een betere toegankelijkheid van de voorzieningen biedt. Gezondheidsverschillen tussen personen met een buitenlandse herkomst en de autochtone bevolking zijn namelijk nog prominent aanwezig. Door in te zetten op deze zorg op maat tracht men hier verandering in te brengen en meer gezondheidswinst te realiseren.

Een tweede doelstelling van de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is het realiseren van deze gezondheidswinst op basis van preventieve gezondheidszorg. De meest voorkomende doodsoorzaken zijn namelijk ziekten die kunnen voorkomen worden: kanker, hart- en vaatziekten en chronische aandoeningen. Het gebruik van ziektepreventie, gezondheidspromotie en vroegdetectie zijn hiervoor cruciale instrumenten waarop men in de eerstelijnszorg moet inzetten. Huisartsen worden binnen deze preventieve gezondheidszorg aangeduid als de sleutelfiguren die moeten werken met preventieprogramma's rond roken, drinken, vaccinatie, kanker, gezonde levensstijl, diabetes, enz. Ook hierbij wordt het wenselijk geacht om een speciale focus te richten op personen met een buitenlandse herkomst. Uit nationale en internationale literatuur blijkt immers dat preventie-activiteiten minder goed mensen van buitenlandse herkomst bereiken.

Voorliggend onderzoek speelt in op beide doelstellingen (cf. cultureel competente zorgverlening en preventieve gezondheidszorg) door inzicht te verwerven in de huidige situatie van preventieve geneeskunde in de huisartsenpraktijk in de Vlaamse

superdiverse samenleving. Concreet werd nagegaan in welke mate deze cultureel competente preventieve zorgverlening reeds gerealiseerd werd en waar vandaag de (mogelijke) knelpunten liggen. Aan de hand van gesprekken met huisartsen werd gepeild naar hun ervaring met en hun houding ten aanzien van preventie in de huisartspraktijk. Hoe verloopt deze preventie? Zijn er specifieke zaken waarmee men rekening houdt wanneer er patiënten zijn van buitenlandse herkomst? Met welke barrières en opportuniteiten worden ze dan geconfronteerd? In dit onderzoek werd er ook ingegaan op het Globaal Medisch Dossier Plus oftewel het individueel preventieplan. Dit is een vragenlijst die sinds 2011 door artsen kan worden gebruikt. Het betreft een vragenlijst op basis waarvan de huisarts een zicht krijgt op de gezondheidstoestand van de patiënt. Is het GMD+ binnen de huisartspraktijk geïntegreerd? Wat zijn hier de specifieke opportuniteiten en barrières?

Het rapport bevat twee delen. Het eerste deel bevat een beknopte literatuurstudie waarin we een aantal veeleer theoretische zaken (i.c. bevindingen uit ander onderzoek) oplist die als achtergrond fungeren voor het tweede deel. In het tweede deel presenteren we de resultaten van de kwalitatieve studie (i.c. semigestructureerde interviews met achttien huisartsen in Antwerpen). We laten elk deel eindigen met een omstandig besluit. Het rapport op zich eindigt met een oplist van adviezen die mogelijks als ankerpunten voor toekomstig beleid kunnen fungeren.

Tot slot danken we de leden van de begeleidingscommissie met wie we de methodologie en een aantal specifieke issues konden bespreken. We hebben hun inbreng algemeen als heel waardevol en constructief ervaren.

DEEL 1: DIVERSITEIT IN DE GEZONDHEIDSZORG

1 MIGRATIE EN GEZONDHEID

Vlaanderen wordt in toenemende mate gekenmerkt door een demografische toestand die men in de literatuur 'superdiversiteit' is gaan noemen. Met die term wordt benadrukt dat de migratie (en de demografische toestand waartoe het leidt) complexer is geworden. Immers, niet alleen zijn er meer migranten, tevens komen ze ook vanuit meerdere landen en hebben ze ook verschillende profielen. Het is met andere woorden lang niet meer zo dat er grote en relatief samenhangende groepen vanuit een beperkt aantal landen naar Vlaanderen migreert. Deze superdiversiteit stelt de samenleving voor heel wat uitdagingen. Eén uitdaging betreft het gezondheidssysteem. Immers, hoewel de Vlaamse gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk tracht te zijn en hoewel het wereldwijd erkend wordt als één van de meest rechtvaardige, blijken er in de realiteit heel wat gezondheidsverschillen te bestaan tussen verschillende bevolkingsgroepen (Derluyn, Lorant, Dauvrin, Coune, & Verrept, 2011). Vlaanderen lijkt wat dat betreft zelfs te kampen met een groeiende gezondheidskloof. In onderstaande paragrafen schetsen we die gezondheidskloof. We beschrijven de algemene gezondheidsstatus van personen met een buitenlandse herkomst en vergelijken die met de gezondheidsstatus van de autochtone bevolking. We starten echter met een beknopte beschrijving van de 'Vlaamse superdiversiteit'.

1.1 Van diversiteit naar superdiversiteit

Afgelopen decennia heeft migratie de Vlaamse samenleving fundamenteel veranderd (Geldof, 2013). Niet enkel neemt het aantal vreemdelingen en personen met een buitenlandse herkomst toe, ook de interne verscheidenheid bij deze groepen stijgt (Van den Broucke, Stuyck, et al., 2015). Net als vele andere West-Europese steden en regio's kent Vlaanderen, aangestuurd door 'de globalisering', een transitie van beperkte etnisch-culturele diversiteit naar superdiversiteit (Geldof, 2015). Het begrip 'superdiversiteit' werd in 2007 geïntroduceerd door Steven Vertovec en werd alras een term die gretig werd opgepikt door academici en politici. In de lage landen verschenen invloedrijke publicaties van Blommaert (2011), Crul (2013) en Geldof (2015) en in verschillende beleidsbrieven (Bourgeois, 2014) wordt ook expliciet naar de 'superdiversiteit' verwezen.

In 2013 bedroeg het aantal inwoners van buitenlandse herkomst in het Vlaams Gewest 18,4%. Hierbij gaat het om de som van personen met een huidige buitenlandse nationaliteit, personen met een buitenlandse geboortenationaliteit die intussen Belg zijn geworden en personen met een Belgische geboortenationaliteit maar met minstens één ouder met een buitenlandse geboortenationaliteit (Van den Broucke, Stuyck, et al.,

2015). Dit aantal nam de afgelopen jaren enkel toe. Dit wordt duidelijk in onderstaande Tabel 1.

Tabel 1 Evolutie van het aantal personen van buitenlandse herkomst

	Vlaams Gewest		Waals Gewest		Brussels Gewest		België	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
2009	969.990	15,6	969.904	27,8	678.005	62,5	2.617.899	24,2
2010	1.019.641	16,2	997.775	28,4	706.818	64,0	2.724.234	25,0
2011	1.075.942	17,0	1.027.846	29,1	743.142	65,6	2.846.930	25,9
2012	1.133.279	17,8	1.057.142	29,7	773.752	67,1	2.964.173	26,7
2013	1.180.617	18,4	1.084.610	30,3	796.222	68,2	3.061.449	27,5

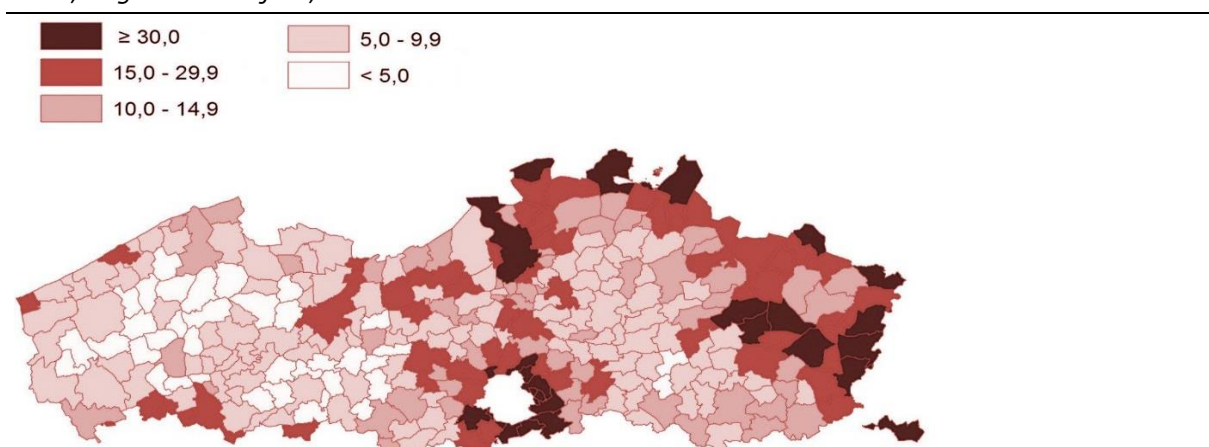
Bron: VLIM (2015), p. 99, DWH AM&SB KSZ, bewerking SVR.

In het Vlaams gewest is het aantal personen met een buitenlandse herkomst het hoogst. Wanneer we echter de percentages bekijken, blijkt het relatieve aandeel van personen met een buitenlandse herkomst hoger te liggen in de andere gewesten. In Vlaanderen is het aandeel 2 op de 10 inwoners, in Wallonië is dit 3 op 10 en in Brussel Hoofdstedelijk Gewest is dit aandeel het hoogste. Hier hebben 7 op de 10 inwoners een buitenlandse herkomst. Alles samen bedroeg het aandeel personen met een buitenlandse herkomst begin 2013 27.5%. Hoewel deze diversiteit in heel België aanwezig is, blijkt uit

Figuur 1 dat diversiteit vooral een stedelijk gegeven is in Vlaanderen. Antwerpen, Gent, Genk, Leuven en Mechelen zijn de Vlaamse steden waarvan het aandeel personen van buitenlandse herkomst het hoogste is (Van den Broucke, Stuyck, et al., 2015).

Figuur 1 Geografische spreiding van de bevolking van buitenlandse herkomst.

Aandeel personen van buitenlandse herkomst in de totale bevolking per gemeente, Vlaams Gewest, 2013, begin van het jaar, in %



Bron: VLIM (2015) p100. DWH AM&SB KSZ, bewerking SVR.

De diversiteit in Vlaanderen kan niet meer gelijkgesteld worden aan de aanwezigheid van de klassieke minderheidsgroepen (i.c. de Turkse en Marokkaanse minderheidsgroep) (Geldof, 2013). De meeste grote steden (o.a. Antwerpen, Gent en Brussel) kennen vandaag meer dan 150 nationaliteiten. Deze mensen hebben verschillende migratiemotieven en verblijfsstatuten (Benyaich, 2014). Steeds meer steden (vb. Brussel, Amsterdam, Rotterdam) evolueren naar *majority-minority* steden waarbij de meerderheid van de bewoners bestaat uit verschillende minderheden. Ook in Antwerpen zal dit binnen enkele jaren het geval zijn. Zo heeft 45% van de Antwerpse bevolking een buitenlandse herkomst (Van den Broucke, Stuyck, et al., 2015). Dit maakt dat Antwerpen op de eerste plaats staat in de top tien van de Vlaamse gemeenten met het hoogste aantal personen van buitenlandse herkomst in het Vlaams Gewest (Van den Broucke, Stuyck, et al., 2015). Verder vertaalt de etnisch-culturele en nationale diversiteit zich in linguïstische diversiteit. Ook met betrekking tot de sociaal-economische positie zijn er verschillen. Migranten zijn vaker terug te vinden in de lagere sociaal-economische klassen (Dierckx, Vranken, Coene & Van Haarlem, 2011)

Deze complexe werkelijkheid van superdiversiteit kent talrijke implicaties voor het beleid (Benyaich, 2014). Zo stelt men zich de vraag of ons overheidsbeleid zich moet richten op de etnisch-culturele minderheden in de stad door in te zetten op een meer cultureel competent beleid of eerder oog moet hebben voor de verschillende mengvormen en meervoudige identiteiten binnen de samenleving en meer een individu-gericht beleid moet voeren (Geldof, 2013). *"Wie beleid blijft voeren vanuit de 'witte meerderheid' in de stad, mist de nieuwe realiteit van de stad"*, aldus Geldof (2013). De aanwezige superdiversiteit vraagt ook een adequaat gezondheidsbeleid dat voldoende is afgestemd op de diverse noden en omstandigheden van de verschillende bevolkingsgroepen die zich in de samenleving bevinden. Iedereen een gelijkwaardige kwaliteit en gelijke toegang tot onze gezondheidszorg bieden, is een van de grote uitdagingen van ons gezondheidsbeleid. De superdiversiteit brengt namelijk een variëteit in ziektebeelden met zich mee, die genetisch bepaald zijn of die gebonden zijn aan verschillen in etnisch-culturele levensstijl (Dahhan, 2007). Verder hebben personen met een buitenlandse herkomst uiteenlopende sociocultureel bepaalde opvattingen over ziekte, gezondheid en genezingsprocessen. Dit zijn elementen die ervoor zorgen dat er nood is aan een 'cultureel competente zorgverlening'. Dit wordt duidelijk wanneer we kijken naar de gezondheidsstatus van personen met een buitenlandse herkomst en hun zorggebruik. Personen met een buitenlandse herkomst hebben gemiddeld een slechtere algemene gezondheidstoestand en maken paradoxaal minder gebruik van de gezondheidszorg dan

de autochtone bevolking (Dahhan, 2007; Vassart, 2005). Dit maakt dat er sprake is van een 'gezondheidskloof'.

1.2 De gezondheidstoestand van personen van buitenlandse herkomst

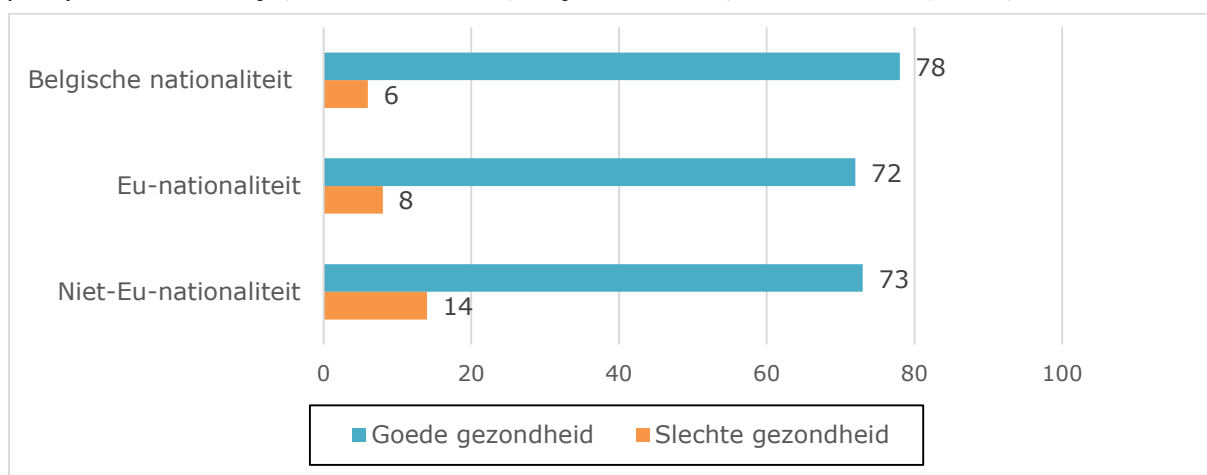
In Vlaanderen is de gezondheidszorg gebaseerd op een universeel principe. Iedereen die in het bezit is van een legaal verblijfsstatuut heeft recht op een gelijke toegang tot de gezondheidszorg (Levecque, Lodewyckx, Vandeneeden, & Timmerman, 2006). Toch blijkt in de praktijk dat niet iedereen op een gelijke manier gebruik maakt of kan maken van de gezondheidszorg (Van Haarlem, Coene, & Lusyne, 2011). De ongelijkheid op vlak van gezondheid vormt een belangrijke uitdaging voor de Vlaamse overheid. Gezondheid vormt namelijk één van de meest fundamentele levensdomeinen waar sociale ongelijkheid en vormen van sociale uitsluiting sterk aanwezig zijn (Levecque et al., 2006; Van Oyen Herman, Vincent, & Rana, 2011).

Uit een analyse op basis van de verschillende gezondheidsenquêtes die werden afgenomen in Vlaanderen tussen 1997 en 2013 (Detollenaere, Vos, De Maeseneer, & Willems, 2014; Noppe, Vanderleyden, & Callens, 2012; Van Oyen et al., 2005) blijkt dat deze kloof toeneemt. Men spreekt in deze context ook wel over de 'sociale gradiënt': de gezondheid neemt af naarmate de positie op de sociaal-economische ladder daalt (Hautekeur, 2012). Duidelijke gezondheidsverschillen tussen groepen of individuen zijn waarneembaar in functie van leeftijd, inkomen, beroep, woonwijk, etnische achtergrond en leefgewoontes (Van Oyen Herman et al., 2011). Dit ten gevolge van een complex samenspel tussen verschillende mechanismen van sociale causatie (arm maakt ziek) en sociale selectie (ziek maakt arm) (Levecque et al., 2006).

In dit rapport focussen we op personen met een buitenlandse herkomst. Voorgaande onderzoeken tonen aan dat personen met een buitenlandse herkomst in vergelijking met de autochtone bevolking (1) een verhoogd risico hebben op ziekte in het algemeen; (2) een slechtere subjectieve gezondheid rapporteren; (3) een minder goede geestelijke gezondheid hebben en (4) vaker kampen met chronische aandoeningen (Anson, 2000; Derluyn et al., 2011; Levecque et al., 2006; Lorant, Van Oyen, & Thomas, 2008; Van Oyen et al., 2005). Ook de Vlaamse Migratie- en integratiemonitor (2015) staft deze bevindingen. Onderstaande Figuur 2 geeft aan dat het aandeel personen dat zijn/haar gezondheid als (zeer) goed of (zeer) slecht omschrijft verschilt naar nationaliteit. De verschillen op vlak van een goede gezondheid naar nationaliteit zijn echter heel beperkt. De meerderheid geeft aan een goede gezondheid te hebben. Als we kijken naar zij die aangeven een slechte gezondheid te hebben, dan zien we dat de verschillen tussen

nationaliteiten hier groter zijn. Personen met een niet-Eu-nationaliteit geven dubbel zo vaak aan een slechte gezondheid te hebben dan personen met een Belgische nationaliteit. Het verschil tussen personen met een Eu-nationaliteit en de autochtone bevolking is echter kleiner.

Figuur 2 Subjectieve gezondheid: aandeel personen dat de eigen gezondheid als (zeer) goed en (zeer) slecht omschrijft, naar nationaliteit, 16 jaar en ouder, Vlaams Gewest, 2013, in % ¹



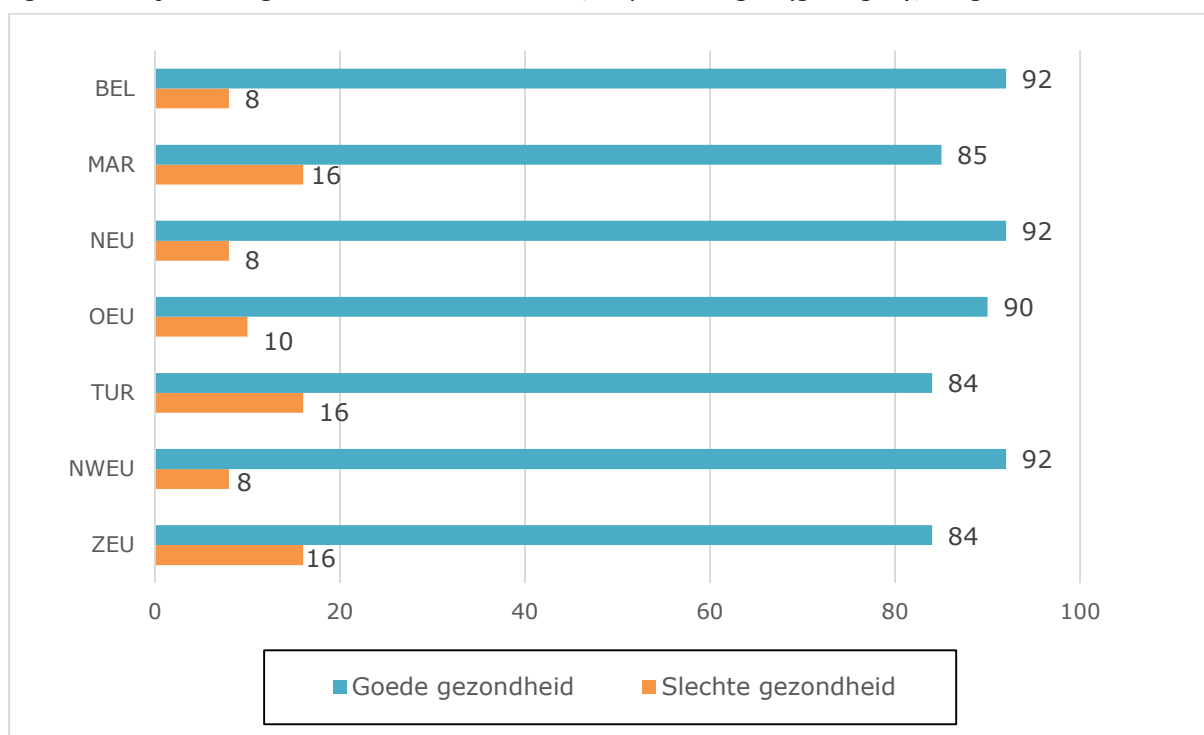
Bron: VLIM (2015), ADS, EU-SILC-survey, bewerking SVR.

Ook

¹ Migranten die reeds de Belgische nationaliteit hebben, worden als Belgen beschouwd. Dat betekent dat deze grafiek wellicht een onderschatting van het probleem voorstelt.

Figuur 3 geeft een inkijk in de gezondheidsstatus van personen met een buitenlandse herkomst. Deze cijfers dateren echter van 2007-2009. In deze grafiek houdt men, in tegenstelling tot Figuur 2, rekening met land van herkomst en niet de huidige nationaliteit. We zien dat ook hier de meerderheid van de inwoners van België aangeven een goede gezondheidsstatus te hebben en dat er slechts kleine verschillen zijn naargelang het land van herkomst. De verschillen zijn groter wanneer men aangeeft een slechte gezondheidsstatus te hebben. Personen van Marokkaanse, Turkse en Oost Europese herkomst geven dubbel zo vaak aan een slechte gezondheid te hebben dan de autochtone bevolking.

Figuur 3 Subjectieve gezondheid naar herkomst, in percentages (gewogen), België.



Bron: Diercks, et al. (2011), EU-SILC (meerjarig gemiddelde voor de jaren 2007, 2008, 2009). NB: BE = Belg; MAR = Marokkaan; NEU = Niet-Europeaan; OEU = Oost-Europeaan; TUR = Turk; NWEU = Noordwest-Europeaan; ZEU = Zuid-Europeaan.

We moeten hier echter duidelijk maken dat het gaat over de subjectieve gezondheidscijfers. Cijfers betreffende de algemene gezondheidsstatus van personen van een buitenlandse herkomst zijn schaars. Wel weten we uit onderzoek over specifieke ziekten dat personen van Turkse of Marokkaanse herkomst een verhoogd risico hebben op suikerziekte. Ten opzichte van de autochtone bevolking gaat het om een prevalentie die ongeveer twee keer hoger ligt (Levecque et al., 2006). Ook kampen individuen met een niet-Europese herkomst vaker met overgewicht (Levecque et al., 2006; Sabates-Wheeler, 2009).

Verder is de mentale gezondheidsstatus tussen personen met een buitenlandse herkomst en de autochtone bevolking verschillend. Uit de nationale gezondheidsenquête, die driejaarlijks wordt afgenomen in België, blijkt dat de prevalentie van mentale stoornissen en psychologische problemen hoger ligt bij personen met een buitenlandse herkomst (Bayingana et al., 2006; Demarest et al., 2002; Levecque et al., 2006). Personen van Turkse en Marokkaanse herkomst in België scoren het minst goed op vlak van mentale gezondheid. Eén op de drie ondervindt psychologische problemen. Verder heeft één op de acht Europese migranten te maken met een mentale stoornis en één op de vier heeft psychologische problemen. Onderzoeken naar de mentale gezondheidstoestand bij

personen met een buitenlandse herkomst in Vlaanderen, zijn mogelijks gedateerd waardoor we geen beeld hebben over de huidige mentale gezondheidsstatus van personen met een buitenlandse herkomst. De recentere versies van de gezondheidsenquêtes maken namelijk geen onderscheid meer naar herkomst.

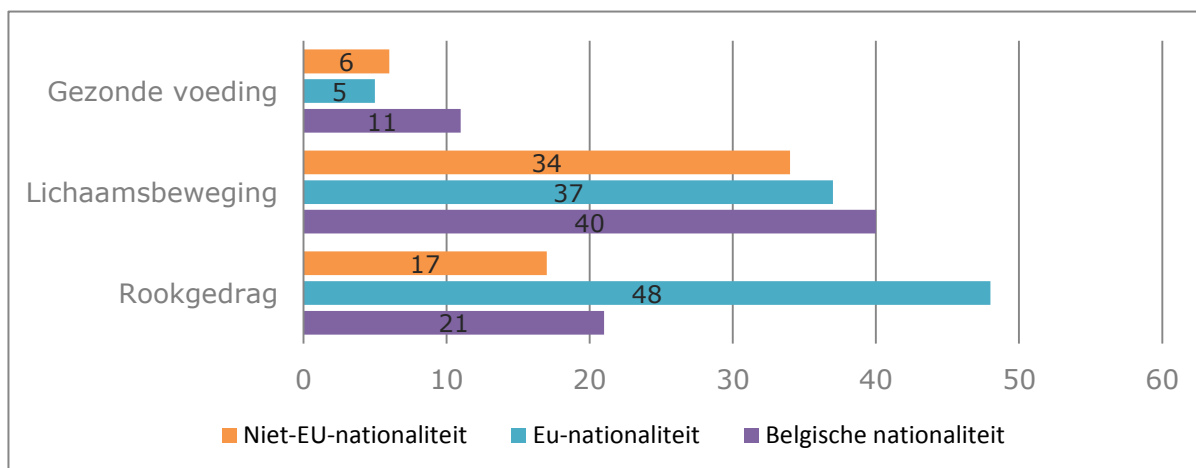
Deze lagere gezondheidsstatus van personen met een buitenlandse herkomst wordt doorgaans verklaard door een verhoogde blootstelling aan risicofactoren zoals hun leef-, woon- en arbeidsomstandigheden en de toegang tot de gezondheidszorg (op die toegang komen we later in dit rapport nog terug). Studies tonen echter aan dat een belangrijk deel van deze risicopositie die migranten en etnisch-culturele minderheden innemen, te wijten is aan een lagere sociaal-economische status (Fossion et al., 2002; Kunst et al., 2005; Lorant et al., 2008; Perrin & Schoonvare, 2009). Toch blijft die zwakkere gezondheidstoestand na inachtneming van de sociaal-economische status aanwezig (Derluyn et al., 2011; Fossion et al., 2002; Vandenheede & Deboosere, 2009). Ook andere factoren zoals traumatische ervaringen, sociaalgeografische factoren, reeds bestaande gezondheidsproblemen, acculturatiestress (stress die voortvloeit uit het feit dat men migreert en zich in een omgeving bevindt die men zich nog niet helemaal heeft eigen gemaakt) en ervaringen van racisme en discriminatie kunnen de gezondheid van personen met een buitenlandse herkomst negatief beïnvloeden (Derluyn, Broekaert, & Schuyten, 2008). Migrant en etnische minderheden krijgen op die manier te maken met een dubbele barrière, zowel cultureel als sociaal-economisch, die hen kan weerhouden van een goede gezondheid.

Onderstaande

Figuur 4 toont aan dat er ook op vlak van gezondheidsgedrag heel wat verschillen waarneembaar zijn naar geboorteland. Zo roken personen met een EU-nationaliteit dubbel zo vaak als personen met een Belgische nationaliteit. Ook op vlak van lichaamsbeweging scoren de Belgen beter. Hier zijn de verschillen het grootst tussen personen met een niet-EU-nationaliteit en personen met Belgische nationaliteit. Wat betreft gezonde voeding doen Belgen het ook beter dan personen met een vreemde nationaliteit. Zij eten vaker dagelijks de aanbevolen hoeveelheid fruit en groenten, al liggen alle percentages hier vrij laag (Van den Broucke, Stuyck, et al., 2015).

Figuur 4 Gezondheidsgedrag naar nationaliteit

Aandeel personen dat dagelijkse aanbevolen hoeveelheid groeten en fruit eet, op het moment van de bevraging rookt en minstens 30 minuten per dag aan lichaamsbeweging doet, naar nationaliteit, 16 jaar en ouder, Vlaams Gewest, 2013 in %.



Bron: VLIM (2015), WIV, Gezondheidsenquête, bewerking SVR.

1.3 Gezondheidsdeterminanten

Iemands gezondheid is het resultaat van een dynamisch samenspel van allerlei gezondheidsdeterminanten. Woon-, leef- en arbeidsomstandigheden spelen een belangrijk rol maar ook de sociale klasse waartoe men behoort, biologische factoren (genen, erfelijkheid, geslacht, leeftijd...) en het hebben van een buitenlandse herkomst. Verder heeft ook de toegang tot de gezondheidszorg een aanzienlijke invloed. Hieronder overlopen we in een aantal paragrafen de gezondheidsdeterminanten en tonen we aan in welke mate personen van buitenlandse herkomst zich in een risicopositie bevinden.

1.3.1 Sociaal-economische positie

De sociaal-economische status van personen van buitenlandse herkomst wordt bepaald door verschillende factoren. Zo beïnvloeden het inkomen, het opleidingsniveau en de tewerkstelling de plaats die iemand inneemt op de maatschappelijke ladder. Wie een lagere SES heeft, kampt vaker met gezondheidsproblemen dan diegene met een hoge SES.

Uit cijfers van de Vlaamse migratie- en integratiemonitor blijkt dat personen van buitenlandse herkomst zich vaker dan de autochtone bevolking in de laagste inkomenscategorie bevinden. Uit Tabel 2 blijkt dat 28% van de personen met een EU-nationaliteit en 62% met de niet-EU-nationaliteit in de laagste inkomenscategorie zitten in vergelijking met 19% van de personen met een Belgische nationaliteit. Ook wanneer wordt gekeken naar het geboorteland blijven deze verschillen opvallend aanwezig.

Tabel 2 Mediaan inkomen en inkomensverdeling.

Mediaan gestandaardiseerd netto huishoudinkomen in euro en verdeling over de 5 inkomenskwintielen in % per groep, naar huidige nationaliteit en geboorteland, 16 jaar en ouder, Vlaams Gewest, 2013

	Mediaan inkomen	Laagste Kwintiel	2 ^{de} kwintiel	3 ^{de} kwintiel	4 ^{de} kwintiel	Hoogste kwintiel
Huidige nationaliteit						
- België	23.260	19	21	20	20	21
- EU zonder België	21.029	28	19	18	10	25
- Niet-EU	12.960	62	22	7	1	8
Geboorteland						
- België	23.659	17	20	20	21	21
- EU zonder België	21.109	25	22	18	12	23
- Niet-EU	14.725	56	20	10	5	9

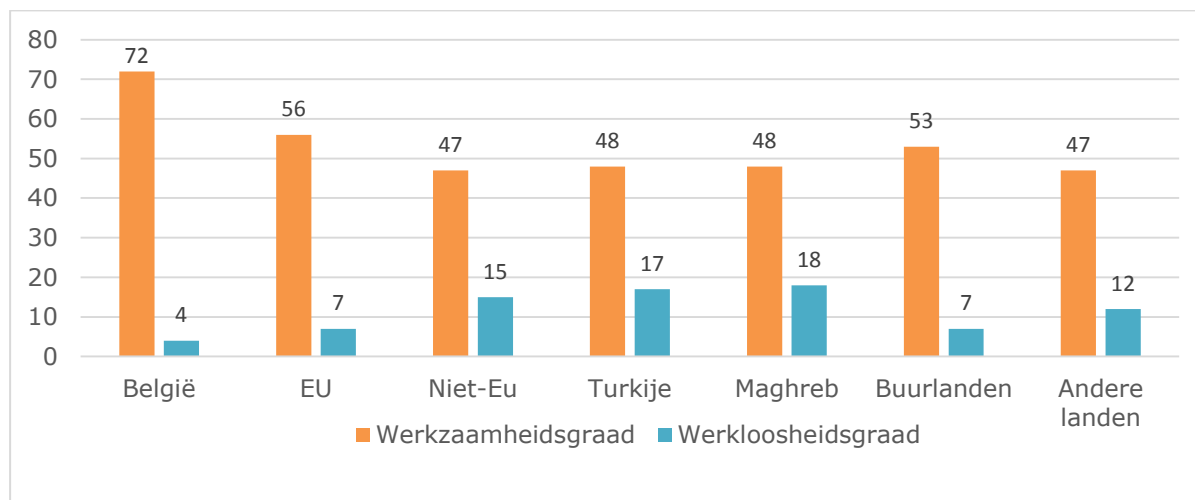
Bron: ADS, EU-SILC-survey, bewerking SVR, VLIM 2015.

Verder blijkt ook uit de Vlaamse migratie- en integratiemonitor dat het armoederisico van personen die in België geboren zijn, aanzienlijk lager ligt (9%) dan dat van personen die geboren zijn binnen de EU (15%) en personen geboren buiten de EU (37%) (Van den Broucke, Stuyck, et al., 2015)

Ook tewerkstelling is een belangrijke determinant van iemands sociaal-economische status. Verschillende onderzoeken wijzen uit dat personen met een buitenlandse herkomst een lagere tewerkstellingsgraad kennen (Verhoeven, 2004). Gegevens van de Kruispuntbank voor sociale zekerheid (KSZ) bevestigen deze bevindingen. Er is een duidelijk verschil in tewerkstellingsgraad naargelang herkomst. Dit wordt duidelijk uit de gegevens van

Figuur 5. De werkloosheidsgraad bij personen met een buitenlandse herkomst ligt drie keer hoger dan bij de autochtone bevolking. Gemiddeld 70% van de autochtone bevolking is tewerkgesteld, in tegenstelling tot personen met een buitenlandse herkomst waarbij dit gemiddelde 20% lager ligt. Ook de werkloosheidsgraad verschilt naargelang etnische achtergrond. De werkloosheidsgraad bij personen met een buitenlandse herkomst ligt drie keer hoger dan bij de autochtone bevolking.

Figuur 5 Werkzaamheidsgraad en werkloosheidsgraad op basis van administratieve KSZ-data, per herkomstgroep, 18-64 jaar, Vlaams Gewest, 2013, begin van het jaar, in %



Bron: VLIM, 2015; DWH AM&SB KSZ, bewerking SVR

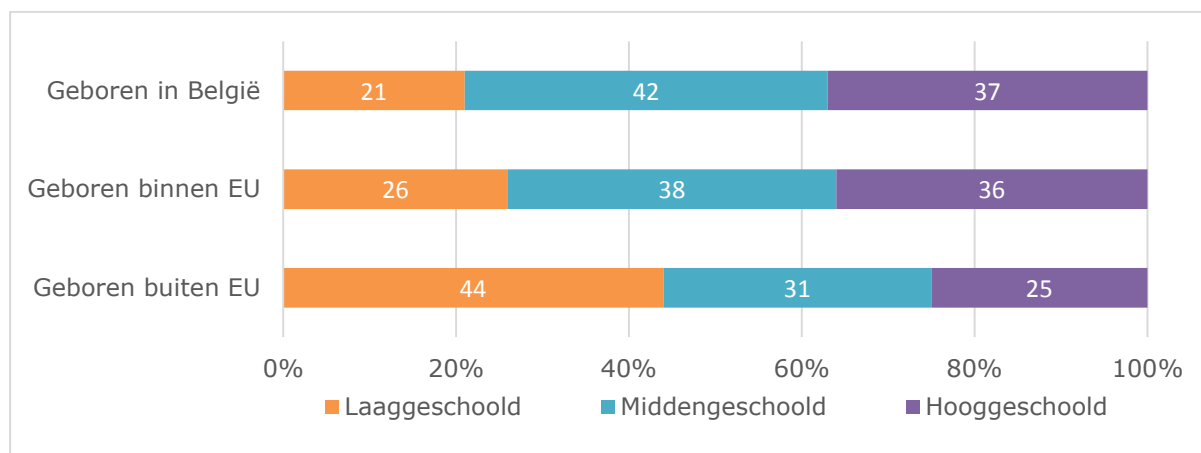
De gezondheid van personen met een buitenlandse herkomst wordt ook beïnvloed door de arbeidsomstandigheden waarin zij werken. Zo blijkt dat ze oververtegenwoordigd zijn in risicovolle beroepen (industrie, land- en tuinbouw, horeca, etc.) waar men zwaar en ongezond werk moet verrichten en geconfronteerd wordt met minder gunstige arbeidsvoorwaarden op vlak van loon, arbeidsuren en statuut. Ook hebben ze vaker te maken met beroepsziekten en arbeidsongevallen (Van den Broucke, Stuyck, et al., 2015). Exacte cijfers betreffende hun arbeidsomstandigheden zijn echter schaars.

Tot slot zijn personen met een buitenlandse herkomst oververtegenwoordigd in de categorie 'laaggeschoold' (Verhoeven, 2004). Ook in Vlaanderen is dat het geval. 40% is laaggeschoold, 31% is middengespoold en 29% is hooggeschoold (Verhoeven, 2004).². Voor de autochtone populatie zijn de cijfers respectievelijk 26%, 40% en 34%. Deze bevindingen werden ook bevestigd in de Vlaamse migratie- en integratiemonitor. Het aandeel personen geboren buiten de EU, is dubbel zo vaak laaggeschoold in vergelijking met personen geboren in België. Deze gegevens worden weergegeven in onderstaande figuur 6.

² Laaggeschoold = wie geen diploma of geen diploma secundair onderwijs heeft; middengespoold = wie hoogstens een diploma secundair onderwijs heeft; hooggeschoold = wie in het bezit is van een diploma hoger of universitair onderwijs.

Figuur 6 Opleidingsgraad naar geboorteland:

Aandeel laag-, midden en hooggeschoolden naar huidige nationaliteit en geboorteland, 20-64 jaar, Vlaams Gewest, 2014, in %



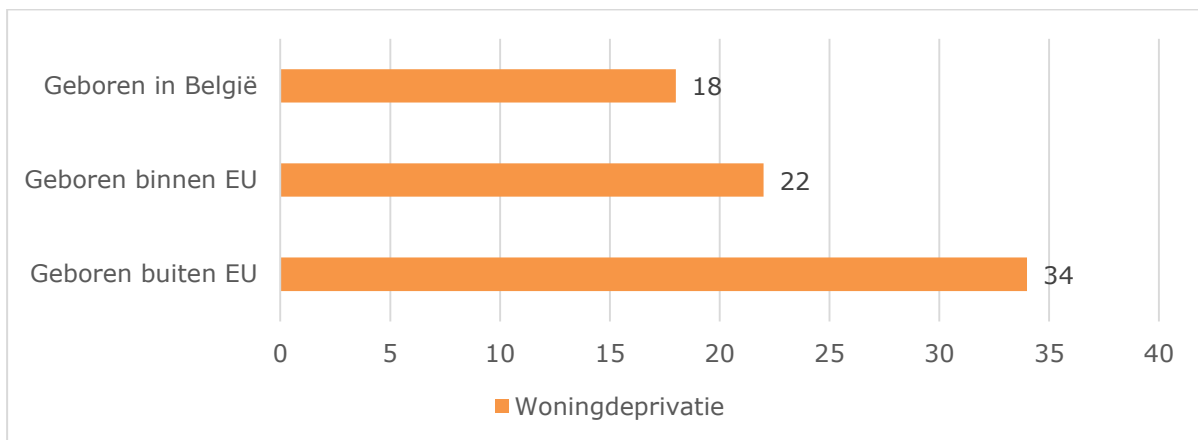
Bron: VLIM, 2015; ADS, EAK-survey, bewerking Steunpunt WSE/Departement WSE.

1.3.2 Woonomstandigheden

Personen met een migratieachtergrond hebben gemiddeld een minder gunstige woonsituatie (Van den Broucke, Heylen, & Wets, 2015). Zo wijzen verschillende studies uit dat personen met een migratieachtergrond vaker wonen in achtergestelde buurten. Het Grote Woononderzoek (2013) toonde aan dat dit ook in Vlaanderen het geval is (Heylen, 2015). Dit houdt gezondheidsrisico's in omwille van bijvoorbeeld luchtvervuiling (Betancourt, Green, Carrillo, & Ananeh-Firempong 2nd, 2003; Kosny et al., 2012; Sabates-Wheeler, 2009). Tevens zijn personen met een migratieachtergrond in Vlaanderen vaker huurders dan eigenaars, in tegenstelling tot de autochtone bevolking die vaker eigenaar is van de woning dan huurder (Benhaddou & DeVriendt, 2014). Personen met een migratieachtergrond nemen op die manier een zwakkere positie in op de woonmarkt. Ook het aandeel sociale huurders is beduidend hoger bij EU-burgers en bij personen geboren buiten de EU (Kunst et al., 2005). Personen die geboren zijn buiten België scoren slechter wat 'woningdeprivatie' betreft. Er is sprake van woondeprivatie wanneer een woning gekenmerkt wordt door één of meerdere van volgende problemen: een structureel probleem (lekkend dak, schimmel en vocht, rottende ramen en deuren), gebrek aan elementair comfort (geen douche of bad en een toilet met waterspoeling in de woning zelf), of een te donkere woning (Kunst et al., 2005). In Figuur 7 wordt duidelijk dat personen die geboren zijn buiten de EU, vaker te maken hebben met woondeprivatie dan personen die geboren zijn in België. Zo woont 34% van hen in een woning die gekenmerkt wordt door één van bovenstaande kenmerken. Het verschil tussen mensen die geboren zijn in België en geboren zijn binnen de EU is echter klein.

Figuur 7 Woonkwaliteit op basis van EU-SILC-survey

Aandeel personen dat leeft in een woning met woningdeprivatie naar geboorteland, 16 jaar en ouder, Vlaams Gewest, 2013, in %



Bron: VLIM (2015), EU-SILC-survey, bewerking SVR.

1.3.3 Culturele invloeden

Op vlak van gezondheid brengt 'superdiversiteit' een waaier aan sociaal-cultureel bepaalde opvattingen over ziekte, gezondheid en genezingsprocessen met zich mee (Helman, 2007; Heylen, 2015; Lovering, 2006; Roy, Torrez, & Dale, 2004). Culturele attitudes, denkwijzen en geloofssystemen bepalen mee het gezondheidsgedrag en de levensstijl van de verschillende bevolkingsgroepen (Harmsen, 2003; Kleinman, 1980; Levecque et al., 2006; Meeuwesen, Harmsen, Bernsen, & Bruijnzeels, 2006). Uit

Figuur 4 Gezondheidsgedrag naar *nationaliteit* (p. 11) konden we bijvoorbeeld reeds afleiden dat personen met een buitenlandse herkomst een ongezondere levensstijl aannemen dan personen van Belgische herkomst. Deze culturele attitudes en denkwijzen bepalen tevens de manier waarop ziekte gepercipieerd wordt, welk ziektegedrag men stelt en hoe men er vervolgens mee omgaat (Anson, 2001; Levecque et al., 2006; Roy et al., 2004). De Westerse visie over ziekte en gezondheid is voornamelijk gebaseerd op een wetenschappelijk biomedisch model waarbij de oorzaak van een ziekte niet gezocht wordt in het bovennatuurlijke. Bij andere culturen is dit vaker het geval en is een ziekte of een aandoening het resultaat van een intentionele actie (bijvoorbeeld uit wraak of als straf) van een natuurlijke of bovennatuurlijke persoon of het gevolg van overtreding van sociale normen en gewoonten (Levecque et al., 2006; Meurs & Gailly, 1998; Vassart, 2005). Verder zijn niet alle aspecten van gezondheid even eenvoudig te bespreken, zoals bijvoorbeeld psychologische aandoeningen of seksuele gezondheidsproblemen (Vassart, 2005). Ook valt op dat de manier waarop personen met een buitenlandse herkomst rapporteren over hun gezondheid verschilt van de autochtone bevolking. Zo rapporteren ze vaker somatische klachten wanneer de oorzaak eigenlijk van psychologische of sociale aard is (Vassart, 2005).

Verschillende studies hebben aangetoond dat de culturele achtergrond een belangrijk rol speelt in het tot stand brengen van een arts-patiënt relatie die belangrijk is voor de kwaliteit van de zorgverlening en -verstrekking. Beiden gebruiken hun eigen culturele representaties over ziekte en gezondheid en over hoe een patiënt en een arts zich tegenover elkaar moeten gedragen (CGG, 2014). Dit kan ertoe leiden dat de communicatie tussen beiden anders verloopt. Internationaal literatuuronderzoek wijst op significante verschillen wat betreft het gedrag van dokters tegenover migranten en etnische minderheden. Zo tonen artsen minder empathie tijdens een consultatie met personen met een buitenlandse herkomst dan met personen met een Belgische herkomst, geven ze minder uitleg over de gezondheidsconditie en worden personen met een buitenlandse herkomst minder betrokken bij de beslissing wat betreft de voorgeschreven behandeling (Ferguson & Candib, 2002; Harmsen, 2003; Meeuwesen et al., 2006; Schouten & Meeuwesen, 2006; Thomas & Gideon, 2013). Tevens wijst onderzoek uit dat personen met een migratieachtergrond minder tevreden zijn over de zorgverlening die ze krijgen en vaker te maken hebben met een foute diagnose (Levecque et al., 2006; Van Wieringen, Harmsen, & Bruijnzeels, 2002). Ze voelen ze zich minder begrepen, ontvangen niet voldoende informatie over de voorgeschreven medicatie, worden geconfronteerd met discriminatie en rapporteren artsen als minder vriendelijk en bezorgd (Luijten & Tjadens, 1995; Van Wieringen et al., 2002). Artsen

ervaren bij het behandelen van personen met een buitenlandse herkomst cultuurverschillen. Zij stellen dat personen met een buitenlandse herkomst vaker therapieontrouw zijn (bv. medicatie niet correct opvolgen), geen vertrouwen tonen in de geneeskunde, weinig interesse hebben en zich passief opstellen tijdens de consultatie (Thomas & Gideon, 2013). Mogelijk hebben artsen en patiënten tijdens de interactie te maken met verschillende verwachtingspatronen en vooroordelen ten aanzien van elkaar.

Uit de literatuur blijkt dat bovenstaande ook voor een groot deel te wijten is aan het gebrek aan taalvaardigheid. Niet enkel maken artsen doorgaans gebruik van een moeilijk te begrijpen vakjargon, tevens spreken migranten vaak niet perfect de taal van het migratieland. Hierdoor is er een verhoogd risico op miscommunicatie en bestaat de kans dat de patiënt niet begrijpt hoe men zijn/haar gezondheidstoestand kan verbeteren. Personen met een buitenlandse herkomst zijn mogelijk niet in staat om hun gezondheidstoestand correct en/of volledig te beschrijven waardoor het risico op een foute diagnose toeneemt (Luijten & Tjadens, 1995; Meeuwesen et al., 2006; Meeuwesen, Tromp, Schouten, & Harmsen, 2007; Schinkel, Schouten, & van Weert, 2013; Schouten, Meeuwesen, Tromp, & Harmsen, 2007; Street, Gordon, & Haidet, 2007). Het gebrek aan taalvaardigheid belemmert hen ook in het actief deelnemen aan de consultatie waardoor ze vaak na de consultatie met vele vragen naar huis keren (Meeuwesen et al., 2006). Ook zijn de meeste folders en flyers in de dokterspraktijk enkel in het Nederlands te verkrijgen waardoor bepaalde informatie of preventiecampagnes hen niet bereiken (Van lindert, Friele, & Sixma, 2000).

Het migratieproces is op zich een ingrijpende levensgebeurtenis die bij sommigen kan resulteren in traumatische ervaringen (Levecque et al., 2006). Het opbouwen van een nieuw sociaal netwerk, een nieuwe positie op de sociale ladder innemen, het aanleren van een andere taal en omgaan met de attitudes van het gastland kunnen heel wat stress met zich meebrengen. Voorgaande onderzoeken wezen uit dat stress een negatieve invloed heeft op iemands gezondheid (Milczarek, Schneider, & González, 2009; Rice, 1999; Selye, 2013; Watson & Pennebaker, 1989). Ook migranten van de tweede generatie hebben te maken met sommige van deze stressfactoren. Ook zij moeten vaak nog een 'eigen plek' vinden in de samenleving en een goede plaats op de sociale en maatschappelijke ladder zien te vinden.

1.3.4 Toegang tot de gezondheidszorg en zorggebruik

De gezondheidstoestand van personen met een migratieachtergrond wordt niet enkel bepaald door hun sociaal-economische status, woon- en arbeidsomstandigheden. Ook de toegang tot de gezondheidszorg speelt een fundamentele rol. Hoewel de internationale

wetgeving³ duidelijk stelt dat iedereen recht heeft op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid, wordt deze niet in alle landen op dezelfde manier gerealiseerd (Thomas & Gideon, 2013). In Vlaanderen is de gezondheidszorg gebaseerd op een universalistisch principe. Iedereen, ongeacht de socio-culturele of etnische afkomst, heeft toegang tot de gezondheidszorg (Levecque et al., 2006). Deze juridische regels omzetten in werkelijkheid blijkt echter niet zo eenvoudig. Het verspreiden van informatie betreffende het Belgische gezondheidssysteem naar personen van buitenlandse herkomst, verloopt niet altijd even vlot. Vaak is een procedure om toegang te krijgen tot onze gezondheidszorg te ingewikkeld, zijn mensen van buitenlandse herkomst niet op de hoogte van de bestaande faciliteiten, verstaan ze de taal niet of begrijpen ze niet wat er van hen verwacht wordt (Detollenaere et al., 2014; Thomas & Gideon, 2013). Dit kan ertoe leiden dat ze de gezondheidszorg die ze nodig hebben mislopen, hetgeen uiteraard een negatief effect kan hebben op hun gezondheidstoestand. Hierdoor is het van belang om in te zetten op een meer toegankelijke gezondheidszorg door bijvoorbeeld een meer eenvoudige en transparante organisatie (Derluyn et al., 2011).

Dat personen van buitenlandse herkomst ook minder gebruik maken van gezondheidsvoorzieningen dan de personen van Belgische herkomst, is op die manier een gevolg van deze barrière. Het aandeel personen met een buitenlandse herkomst met een vaste huisarts ligt wel even hoog als bij de autochtone bevolking, maar ze doen er minder vaak beroep op (Levecque et al., 2006; Van Haarlem et al., 2011). Tevens gaan ze minder vaak naar specialisten, tandartsen, of paramedische zorgverstrekkers. Ook op vlak van preventie maken personen van buitenlandse herkomst minder gebruik van de voorziene preventiemiddelen. Vooral individuen van Marokkaanse en Turkse herkomst laten zich minder inenten tegen de griep, laten hun bloeddruk en cholesterolgehalte minder controleren en maken minder gebruik van borstkanker- en baarmoederhalskanker-screenings (Levecque et al., 2006). Deze bevindingen dateren echter uit 2006. Meer recente data uit Vlaanderen is op dit moment niet voorhanden.

2 DE ORGANISATIE VAN GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN

De gezondheidszorg in Vlaanderen is een complex gegeven en kent een rijke geschiedenis. Sinds de tweede staatshervorming in 1980 werd de gezondheids- en welzijnszorg een Vlaamse bevoegdheid. Desalniettemin blijft ook de federale overheid

³ Artikel 12 in het internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten van 1966 stelt dat iedereen recht heeft op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid (Thomas & Gideon, 2013).

nog gedeeltelijk bevoegd voor het zorg- en gezondheidsbeleid. Deze versnippering maakt het organiseren van een goed gezondheidsbeleid niet eenvoudig. In onderstaande paragrafen geven we een bondige beschrijving van het huidige gezondheidsbeleid. We beginnen met een korte uiteenzetting van het algemene gezondheidsbeleid waarna we specifiek het preventiebeleid in kaart brengen. Verder beschrijven we ook het financieringssysteem van de eerstelijnszorg. Tot slot geven we weer hoe de Vlaamse gezondheidszorg is aangepast aan een context die gekenmerkt wordt door superdiversiteit.

2.1 Algemeen gezondheidsbeleid

De gezondheids- en welzijnszorg in België zijn zowel een Vlaamse als federale aangelegenheid. Beiden zijn, sinds de tweede staatshervorming, bevoegd om het gezondheidsbeleid te organiseren. De federale overheid fungeert als organieke wetgever die het basisreglement van de gezondheidszorg bepaalt. Naast deze basisregels, staat zij grotendeels in voor de financiering van de gezondheidskosten (o.a. investeringen in medische infrastructuur of het terugbetalen van medische prestaties door het RIZIV of de mutualiteiten). De rest komt toe aan de gemeenschappen die in 1980 bevoegd werden voor persoonsgebonden aangelegenheden zoals de gezondheids- en welzijnszorg. Zij staan in voor het beleid betreffende de zorgverstrekkingen binnen en buiten de zorginstelling, de eerstelijnsgezondheidszorg, de ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg, de preventieve geneeskunde en de gezondheidspromotie, de Vlaamse zorgverzekering, etc. Deze bevoegdheid komt tegenwoordig toe aan Vlaams minister Jo Vandeuren die aan het hoofd staat van het beleidsdomein: Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. In de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2014-2019) worden verschillende strategische doelen vooropgesteld. De eerste strategische doelstelling houdt in dat men meer wil inzetten op preventie om zo bij te dragen aan de gezondheid en het welzijn van mensen (p. 15). De tweede strategische doelstelling is gericht op het belang van de eerstelijnszorg, die onder andere geboden wordt door huisartsen (p.13-23).

Het uiteindelijke doel van dit gezondheids- en welzijnsbeleid is de organisatie van een goede gezondheidszorg waartoe elke burger een gelijke toegang heeft. In België geldt een verplichte ziekteverzekering. Burgers (of werkgevers en werknemers) betalen hiervoor ieder kwartaal een sociale zekerheidsbijdrage naar hun loon (Van de Walle, 2015). Op die manier dragen werknemers en zelfstandigen op een solidaire wijze bij tot de financiering van de gezondheidszorg om iedereen die een gezondheidsprobleem heeft, van kwaliteitszorgen te verzekeren. Door het aangaan van een ziekteverzekering worden

de kosten van geneeskundige verzorging (bijna) volledig terugbetaald. Doorgaans wordt circa 75% van de gezondheidskosten terugbetaald en dient de patiënt enkel het remgeld (circa 25%) te betalen. Ook krijgen personen een uitkering wanneer ze ziek of invalide zijn. Men krijgt in dat geval een vervangingsinkomen door de ziekteverzekering wat ongeveer 60% van het huidige loon omvat. De gezondheidskosten die de patiënt zelf dient te betalen zouden op die manier vrij beperkt moeten zijn, al bestaat hier discussie rond daar de private uitgaven van de gezondheidszorg stijgen. Verder moet ook iedereen zich aansluiten bij een ziekenfonds (christelijke, liberale, neutrale, onafhankelijke en socialistische mutualiteit) naar keuze (Van de Walle, 2015). Het ziekenfonds staat in voor de terugbetaling van de gezondheidskosten. De kosten die men kan terugvorderen van een huisartsbezoek, worden onder andere door het ziekenfonds (waarbij de patiënt is aangesloten) terugbetaald. Dit doen zij op basis van de bijdragen van hun leden en voornamelijk door de financiële middelen die ze krijgen van het RIZIV. De sociale zekerheid en het gezondheidsbeleid gaan op die manier hand in hand om een goede gezondheidszorg te realiseren.

Die gezondheidszorg kan men opdelen in vier niveaus, ook gekend als de echelonnering van de gezondheidszorg, die men trapsgewijs kan doorlopen (De Maeseneer & Bogaert, 1999). Het eerste niveau, de nuldelijnszorg, is het meest laagdrempelige niveau en omvat de mantelzorg die door niet-professionele wordt ingevuld (ouderen, kinderen, vrienden,...). Het tweede niveau, de eerstelijnszorg, omvat een rechtstreeks toegankelijke hulp en zorg. Daaronder vallen de huisartsen, thuisverpleegkundige, vroedvrouwen, tandartsen, etc.. Een individu komt hierbij terecht met een klacht die zij trachten te verhelpen. Indien men hier niet in slaagt, wordt men doorverwezen naar de tweedelijnszorg (psychiaters, psychologen maar ook ziekenhuizen). Een laatste niveau, de derdelijnszorg, omvat gespecialiseerde en intramurale⁴ zorgverlening zoals psychiatrische ziekenhuizen, cardiologen etc.

2.2 Preventiebeleid

Het preventiebeleid is een Vlaamse bevoegdheid dat haar wettelijke basis kent in het decreet van 21 november 2003⁵. In dit decreet wordt beschreven hoe de Vlaamse overheid aan de hand van een preventiebeleid meer gezondheidswinst nastreeft op bevolkingsniveau. Dit beleid inzake preventieve gezondheidszorg omvat het nemen van

⁴ Zorgverlening aan iemand die langer dan 24uur in een zorginstelling verblijft.

⁵ Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid (BS: 03/02/2004)

initiatieven die zich richten op (1) exogene determinanten⁶ van gezondheid en exogene bronnen van gevaar of bedreigende factoren voor de gezondheid, (2) endogene⁷ determinanten van gezondheid en endogene bronnen van gevaar of bedreigende factoren voor de gezondheid, (3) ziekten en aandoeningen die zich in een voor- of beginstadium bevinden. Deze initiatieven hebben met andere woorden het doel de gezondheid van een individu te bevorderen, te beschermen en te behouden door middel van gezondheidsbevordering en/of ziektepreventie om zo te kunnen bijdragen tot een verhoging van de levenskwaliteit en –duur. Een voorbeeld van initiatieven die genomen worden door de Vlaamse overheid zijn de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker, borstkanker en dikke darmkanker (VRIND, 2015). De bevolking wordt vanaf een bepaalde leeftijd uitgenodigd door middel van een brief om gratis deel te nemen aan deze onderzoeken. In het preventiebeleid wordt bovendien de huisarts als een centrale figuur aangeduid. Zij moeten hun patiënten voldoende informatie voorzien betreffende preventieve zorgen en moeten de meeste preventieve onderzoeken uitvoeren.

2.2.1 Preventieve zorgverlening

Het ontstaan van bovenstaand preventiebeleid in 2003 is een logisch gevolg van de verschuiving in ziekte- en sterftepatroon. De dominante positie van infectieziektes als belangrijkste oorzaak van morbiditeit en mortaliteit, maakte plaats voor de chronische en cardiovasculaire aandoeningen en verschillende soorten kanker (Algemene Directie Statistiek, 2012). Door middel van preventieve geneeskunde kan men deze belangrijkste doodsoorzaken voorkomen of vindt er een vroegtijdige diagnose plaats waardoor de aandoening beter behandelbaar is en een overlijden of langdurige zorg vermeden kan worden. Op die manier kan ook de financiële druk op het gezondheidssysteem (Hoorens, 2014) ingeperkt worden. De preventieve zorgverlening is in eerste instantie een taak voor de eerstelijnszorg. Dit is, zoals hierboven aangehaald, een rechtstreeks toegankelijke zorgverlening waarbij men relatief gemakkelijk terecht kan. De huisarts speelt dan ook een centrale rol in de preventieve zorgverlening.

De gezondheidszorg die als doel heeft om de gezondheid van de bevolking te beschermen, te behouden en/of te bevorderen kan worden opgedeeld in twee luiken.

⁶ Exogene determinanten zijn factoren buiten het lichaam zoals de sociale en fysieke omgeving van het individu die een impact hebben op de gezondheidstoestand.

⁷ Endogene determinanten zijn factoren binnen het individu die zowel biologisch van aard zijn (bv. erfelijkheid) als te maken hebben met de leefstijl en het gezondheidsgedrag.

Enerzijds spreekt men in de literatuur over 'gezondheid bevorderende preventie' ('gezondheidspromotie') die als doel heeft de gezondheid te bevorderen om zo het optreden van ziektes te voorkomen. Hierbij gaat het voornamelijk over het aanmoedigen van een gezonde levensstijl (gezonde voeding, rookgedrag verminderen, beperkte alcoholconsumptie, inzetten op fysieke activiteit, etc.) (Vandenberghe, Avonts, & Willems, 2013). Gekende voorbeelden zijn de stimulering van de roker om te stoppen met roken. Ook campagnes rond mentale gezondheid ressorteren vaak onder de noemer 'gezondheidsbevordering'. Campagnes en instrumenten die preventief mensen helpen om risicofactoren te detecteren en hen te stimuleren om meer te investeren op protectieve factoren, zijn reeds succesvol gebleken (Meijer, Smit, Schoemaker, & Cuijpers, 2006). Preventieve gezondheid bevorderende activiteiten gaan uit van de vijf A's: *assess (vaststellen risicopositie)*; *to advise* (advies bieden); *to agree* (patiënt overtuigen), *to assist* (bijstaan waar nodig) en *to arrange follow-up* (opvolgen van de patiënt) (Peterson, 2007; Whitlock, Orleans, Pender, & Allan, 2002).

Anderzijds spreekt men over 'ziektepreventie' waarbij men een aandoening vroegtijdig wil opsporen, om zo tijdig te kunnen ingrijpen en dus de gezondheid te behouden of de ziekte te genezen (Nuyens & Mertens, 2012; Vandenberghe et al., 2013). Gekende voorbeelden in Vlaanderen zijn zoals hierboven reeds aangehaald de bevolkingsonderzoeken naar borst-, baarmoederhals- en dikke darmkanker waarvoor de bevolking vanaf een bepaalde leeftijd wordt uitgenodigd (Vandenberghe et al., 2013)

Ondanks de verschillende initiatieven die gelden voor de gehele Vlaamse bevolking, bereiken deze preventieve activiteiten niet alle bevolkingsgroepen op dezelfde manier. Preventiecampagnes slaan voornamelijk aan bij individuen met een hogere sociaaleconomische status die vervolgens ook meer gebruik maken van preventiemiddelen (De Cock, 2015). Op die manier vallen zij die vaak de meeste gezondheidsrisico's lopen en het meeste nood hebben aan preventiescreenings, zoals onder andere etnisch-culturele minderheden en personen met een buitenlandse herkomst, uit de boot en komen de voordelen van preventieve acties voornamelijk *the worried well* ten goede (De Caesemaeker, 2015; Krogsbøll, Jørgensen, Grønhøj Larsen, & Gøtzsche, 2012; Van de Kerkhof et al., 2010; Vanhaverbeke, 2014; Zeliadt, Etzioni, Ramsey, Penson, & Potosky, 2007). Uit onderzoek blijkt dat personen met een Marokkaanse of Turkse afkomst zich minder vaak laten vaccineren en/of zich minder frequent laten testen op kanker (Derluyn et al., 2011; Levecque et al., 2006; Vassart, 2005). Specifiek naar Vlaanderen toe blijken vrouwen van Turkse en Marokkaanse herkomst minder vaak deel te nemen aan de bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker (Levecque et al., 2006). Zo nam slechts 9,77% van de vrouwen

van Turkse en Marokkaanse herkomst deel aan een mammografisch onderzoek in tegenstelling tot 28.06% van de autochtone vrouwen. Deze cijfers dateren echter uit 2006 (Anson, 2001; Levecque et al., 2006). Recentere cijfers zijn op het moment van schrijven niet voorhanden.

Door de superdiversiteit is het echter niet eenvoudig om een algemeen beleid te ontwikkelen dat zich focust op personen van buitenlandse herkomst. Deze lopen namelijk niet allemaal dezelfde gezondheidsrisico's. De vraag die hierbij rijst is of men een beleid moet richten op bepaalde groepen, of eerder op individueel niveau tewerk moet gaan. Om op een genuanceerde manier om te gaan met deze gezondheidsverschillen op vlak van preventie, dient de huisarts als sleutelfiguur in preventieve gezondheidszorg voldoende op de hoogte te zijn van deze ongelijkheid zodat hij/zij in staat gesteld wordt om een verhoogde aandacht te hebben voor preventie bij risicogroepen. Zo wijst onderzoek uit dat personen met een lagere sociaaleconomische status vaker te overtuigen zijn voor een gezondere levensstijl door het gebruik van beelden in plaats van woorden (Vandenberghe et al., 2013). Dit bevestigt de rol van de huisarts als sleutelfiguur in het preventiebeleid (Bosschaerts, 2015; de Jongh, van Dijk, & Schellevis, 2007; Delanoye, 2013). Zo kan de huisarts door kleine aanpassingen (bv. werken met beeldmateriaal, vragen naar de sociaaleconomische context waarin de patiënt leeft,...) te doen een hogere gezondheidswinst bij zijn/haar patiënten boeken.

2.3 Financieringssysteem van de eerstelijnszorg

Niet alleen het gezondheidsbeleid op zich kent een complexe organisatie, ook haar financieringssysteem zit niet eenvoudig ineen. Daar we in dit onderzoeksrapport zullen focussen op huisartsen in de eerstelijnszorg, beperken we ons dan ook tot de korte beschrijving van het financieringssysteem binnen deze huisartspraktijken. In België kent de huisartsgeneeskunde niet één maar twee financieringssysteem: de betaling per prestatie en de forfaitaire betaling (Annemans et al., 2008).

In België wordt overwegend gebruik gemaakt van de 'betaling per prestatie', waarbij de arts per geleverde dienst betaald wordt (Art & De Maeseneer, 2005). Deze diensten en medische verstrekkingen worden gedetailleerd beschreven in een lijst, de nomenclatuur. Ook de honoraria van de huisartsen worden hierin vastgelegd. Indien een huisarts werkt *per prestatie*, betaalt de patiënt rechtstreeks aan de huisarts. Van dit betaalde bedrag kan de patiënt 75% terugvorderen waardoor hij/zij enkel het remgeld dient te betalen.

Sinds 1994 werd het voor huisartsen in België wettelijk mogelijk gemaakt om ook via een forfaitair betalingssysteem te werken. De overheid wilde hiermee inzetten op een

kwalitatieve kostenloze zorg binnen de eerste lijn. Dit gebeurde echter geleidelijk aan. Het idee van een forfaitair financieringssysteem werd reeds geïntroduceerd door Achiël Van Acker⁸ in 1944 (Art & De Maeseneer, 2005). In dit systeem worden huisartsen niet meer *per prestatie* betaald maar krijgen zij aan het einde van de maand een vast bedrag op basis van het aantal patiënten dat zich inschreef in de praktijk (ongeacht of ze in die maand langskwamen). Het bedrag dat men krijgt hangt echter af van een aantal factoren zoals leeftijd, geslacht, sociale status, aanwezigheid van een handicap, aanwezigheid van een belangrijke chronische aandoening,... De vergoeding die de huisarts krijgt op het einde van de maand kan dus toenemen (met circa 10%) in volgende situaties: (1) wanneer een patiënt een zwaardere werklast met zich meebrengt en deze geniet van een verhoogde tegemoetkoming, (2) wanneer de forfaitaire zorgverstrekkers rekening houden met het besparen op vlak van hospitalisatiedagen, voorschriften voor klinische biologie en medische beeldvorming of wanneer (3) de arts rekening houdt met het niet regelmatig gebruik⁹ van de eerstelijnszorg door een deel van de verplichte verzekerden (gevangenen, patiënten die in het buitenland wonen,...) (Annemans et al., 2008). Indien een patiënt ingeschreven is in een forfaitaire praktijk, dient deze niets te betalen wanneer hij of zij op consultatie komt. Dit maakt dat deze praktijken vaak een specifieke doelgroep aanspreken namelijk zij die sociaal-economisch minder begoeed zijn (Annemans et al., 2008). Dit wil echter niet zeggen dat hun patiëntenbestand enkel bestaat uit zij die tot een lagere sociale klasse behoren.

Deze twee systemen blijken op vlak van kosten en kwaliteit van elkaar te verschillen. Uit een vergelijkend onderzoek van Annemans, et al. (2008) bleek dat de zorguitgaven ten laste van het RIZIV gelijkwaardig zijn. De uitgaven ten laste van de patiënt zijn dan weer lager in een forfaitaire praktijk. Terwijl in per prestatie praktijken het remgeld betaald moet worden, is dit niet zo in forfaitaire praktijken. Dit maakt, zoals uit de studie blijkt, dat forfaitaire praktijken meer toegankelijk zijn voor de gehele populatie, maar ze trekken zoals hierboven vermeld vaker de meer kwetsbare groepen aan (De Maeseneer, Aertgeerts, Remmen & Devroey, 2014). Verder wees deze studie ook uit dat huisartsen die per prestatie werken, sneller en vaker geneesmiddelen voorschrijven voor hun patiënten en hen ook vaker doorverwijzen naar een specialist. Dit wordt verklaard door de 'voor wat, hoort wat' relatie die arts en patiënt doorgaans hebben (Art & De Maeseneer, 2005). In een forfaitaire praktijk is er meer en horizontale huisarts-patiënt relatie aanwezig wat de huisarts in staat stelt om rationeler om te gaan met het

⁸ Socialistische politicus en was viermaal premier van België na de tweede wereldoorlog.

⁹ De gemiddelde kosten (waarop het loon gebaseerd wordt) van de aangeboden zorgverstrekking worden dan berekend met in de noemer 90% in plaats van 100% van de verzekerden, daar de huisarts deze patiënten nauwelijks ziet.

voorschrijven van medicatie en dergelijke. Zo laten zij vaker een patiënt een tweede keer langs komen wanneer hij/zij niet beter blijkt te worden en dan pas medicatie toe te schrijven of een doorverwijzing te regelen. Tenslotte bleek ook dat forfaitaire praktijken een meer kwalitatieve preventieve zorgverlening bieden. Zij worden er namelijk niet beter van wanneer er bijvoorbeeld een griep epidemie uitbreekt waardoor ze meer gemotiveerd zijn om de vaccinatiegraad bij hun patiënten zo hoog mogelijk te houden (Art & De Maeseneer, 2005).

Het aandeel forfaitaire praktijken in België is echter veel kleiner dan huisartspraktijken die per prestatie werken. Het aantal huisartsen dat ervoor kiest om volgens het forfaitaire systeem te werken neemt wel elk jaar gestaag toe. De redenen hiervoor zijn echter onduidelijk. Wel kunnen we afleiden dat dit systeem dus niet echt populair is bij de zorgverstrekkers. Dit kan mogelijk verklaard worden door financiële redenen. Het forfaitair financieringssysteem zoals het nu wordt berekend geeft aan de zorgverstrekkers een budget waarmee ze naast de curatieve en preventieve patiëntenzorg ook de administratieve last moeten dekken (Art & De Maeseneer, 2005). Bovendien kan een huisarts meer inkomsten verwerven wanneer hij het aantal patiënten per dag kan opdrijven. Dit is niet het geval in een forfaitaire praktijk. Het idee van een gratis eerstelijnszorg schrikt ook de overheid af. Uit onderzoek blijkt echter dat het overschakelen naar een forfaitair systeem niet meer kosten oplevert. Eerder het tegendeel lijkt zelfs het geval te zijn. Onderstaande Tabel 3 maakt dit duidelijk. De totale kosten van de zorgverlening binnen een forfaitaire praktijk (d.i. 1267€) blijken lager te liggen dan die van een praktijk per prestatie (d.i. 1451€ of 1280€). De eerstelijnskosten zijn in forfaitaire praktijken echter net iets duurder, maar zoals hierboven aangehaald zullen zij hun patiënten minder snel doorsturen naar een hogere lijn waardoor deze kosten lager komen te liggen (1051€ in vergelijking met 1273€ of 1168€).

Tabel 3 Vergelijking van de driejaarlijks gemiddelde zorguitgaven tussen de twee financieringssystemen in België (2002-2004)

	Cohortes		
	1. Forfaitair	2. Per prestatie	3. Per prestatie (gestandaardiseerd*)
Totaal zorg**	1267	1451	1280
Eerstelijnsuitgaven	216	178	112
Niet-eerstelijnsuitgaven	1051	1273	1168

* Personen die worden verzorgd per prestatie hebben hier dezelfde kenmerken als de patiënten van cohorte 1. (woonplaats, leeftijd, geslacht, verhoogde tegemoetkoming, gewaarborgd inkomen voor bejaarde personen, invaliditeit)

** exclusief terugbetalingen in kader van maximumfactuur

Hoewel het forfaitaire systeem dus kostenbesparend is, blijken er in heel België (in 2010) slechts een 100-tal praktijken te zijn die beroep doen op het forfaitaire systeem. Alles tezamen, 'verzorgen' zij amper 3% van de Belgische bevolking (Vodde, 2010). 80% van de huisartsen werkt per prestatie en 20% werkt volgens het forfaitaire systeem (De Maeseneer et al., 2014). Wel valt te verwachten dat hier de komende jaren verschuivingen zullen plaats vinden. Het aantal forfaitaire praktijken zal stijgen en het aandeel huisartsen per prestatie zal dalen.

Een huisarts kan ervoor kiezen om zich aan te sluiten bij één van de vier koepels: Maisons Médicales (medisch huis), Vereniging van Wijkgezondheidscentra, Geneeskunde voor het Volk (zowel in Vlaanderen als in Wallonië) en Feprafo (de overige huisartsen die ervoor kiezen om forfaitair te werken maar niet aangesloten zijn bij een VZW). In Vlaanderen gaat het meestal over Wijkgezondheidscentra (n=24) en Geneeskunde voor het volk (n=5) (Vereniging van wijkgezondheidscentra, 2015). Specifiek in Antwerpen zijn er vier wijkgezondheidscentra en twee geneeskunde voor het volk (zie ook Bijlage 1).

2.4 Transculturele gezondheidszorg

Een samenleving die gekenmerkt wordt door voortdurende verandering, heeft nood aan een flexibel beleid dat hierop kan anticiperen. De toenemende diversiteit in Vlaanderen vormt in dat opzicht een uitdaging voor ons gezondheidsbeleid. In 1.2 werd onder andere reeds duidelijk dat personen met een buitenlandse herkomst een minder goede gezondheidsstatus hebben in vergelijking met de autochtone bevolking. Om die reden is het belangrijk om te kijken hoe het beleid hierop kan inspelen door zorg op maat te bieden. We moeten niet gaan voor 'gelijke zorg', maar voor "gelijke zorg voor gelijke noden", aldus De Maesschalk (De Maesschalck, 2012). In onderstaande paragrafen schetsen we hoe het (preventieve) gezondheidsbeleid tracht te anticiperen op deze toenemende diversiteit door middel van een transculturele zorgverlening.

2.4.1 Naar een transculturele zorgverlening

De trend naar superdiversiteit brengt niet alleen verschillende culturen naar de huisartspraktijk, maar ook verschillende ziektebeelden, waarden, normen, gewoonten, talen, etc. komen hier samen. Om hierop te anticiperen zijn er in Vlaanderen reeds enkele stappen ondernomen naar een meer transculturele zorgverlening. Voornamelijk wil men inzetten op de communicatie tussen zorgverlener en patiënt daar een goede communicatie noodzakelijk is om een kwalitatieve en efficiënte werking van zorg te verzekeren.

Door het inschakelen van een tolk of het gebruik van een cultureel bemiddelaar tijdens de (preventie)consultaties tracht men de taalbarrière te overbruggen (Verlinde, De Laender, De Maesschalck, Deveugele, & Willems, 2012). Waar een tolk enkel instaat voor de vertaling van de conversatie, zal een cultureel bemiddelaar ook instaan om de culturele barrières te overbruggen. Patiënten trekken namelijk met hun eigen waarden en normen naar de huisarts en deze blijken niet altijd overeen te stemmen. Intercultureel bemiddelaars staan met andere woorden in voor '*culture brokage*'. Zij beschrijven de Westerse gezondheidscultuur aan de patiënt en verduidelijken de cultuur van de patiënt aan de arts. Wanneer bijvoorbeeld een Marokkaanse patiënt tijdens de (preventie)consultatie verwijst naar 'Aïcha Qandicha', maar de arts deze niet kent, zal de cultureel bemiddelaar duidelijk maken dat veel Marokkanen ervan overtuigd zijn dat deze 'Aïcha Qandicha' een demon is die mensen ziek kan maken. Op die manier kan er voor de arts veel duidelijk worden en kan hij/zij de zorgverlening beter afstemmen op de patiënt (Federale overheidsdienst, 2011). Deze bemiddelaars kunnen ook de non-verbale communicatie verduidelijken (BWR, 2012). Cultureel bemiddelaars zijn echter voornamelijk tewerkgesteld in ziekenhuizen en niet in de eerstelijnszorg (Derluyn et al., 2011). Tolken worden daarentegen wel vaker ingezet in de eerstelijnszorg. Zij staan in voor een directe en neutrale vertaling van de ene partij naar de andere (BWR, 2012). Men kan gebruik maken van een echte tolk die tijdens de consultaties aanwezig is, een telefoon tolk (bv. Ba-bel) of een videotolk. Deze diensten worden in de eerstelijnszorg niet (meer) volledig gefinancierd door de overheid waardoor dit voor de patiënt en/of de arts een kostelijke zaak kan worden.

Er zijn echter ook nadelen verbonden aan het inschakelen van een tussenpersoon. De gesprekken tussen arts en patiënt bevatten vaak vertrouwelijke informatie die men niet wil delen met een onbekende. Vandaar dat etnisch-culturele minderheden vaker een familielid of kennis zullen meenemen om in te staan voor de vertaling. Dit houdt echter het risico in dat er onjuiste informatie wordt doorgegeven. Het bespreken van bijvoorbeeld kanker met een kind dat deze informatie vervolgens moet doorgeven naar zijn/haar ouder is problematisch. De communicatie tussen zorgverlener en verstrekker loopt dus stroever, duurt langer en er is weinig ruimte voor *small talk*, aldus de literatuur (De Maesschalck, 2012; Deroose, Escarce, & Lurie, 2007; Levecque et al., 2006). Wanneer men ingewikkelde medische zaken moet bespreken via een tolk, bestaat de kans dat niet alle informatie op een correcte manier wordt overgebracht. Sommige artsen ervaren het inschakelen van een tolk of cultureel bemiddelaar om die redenen als inefficiënt, duur en tijdrovend (De Maesschalck, 2012).

Om op een cultureel competente manier zorg te verlenen aan patiënt zijn er verder niet veel middelen voorhanden. Desondanks groeit het aanbod jaarlijks. Naast het inschakelen van deze tussenpersonen kan ook de huisarts zelf inzetten om een meer culturele zorgverlening aan te bieden. Zo bestaat er een webpagina 'pigmentzorg' waarin allerlei informatie op terug te vinden is betreffende cultureel competente zorgverlening. Hierop staat informatie zoals *'allochtonen en kanker. Een gids voor hulpverleners'*, *'Dementie, ook onder allochtone oudere'*, *'Diabetes en ramadan: maak het bespreekbaar'* en dergelijke meer. Hierop kan de huisarts een beroep doen wanneer hij of zij een 'gekleurde praktijk' heeft. Uit een rapport van 2011 (Derluyn et al.) blijkt echter dat er nog een lange weg is af te gaan vooraleer 'cultureel competente zorgverlening' in optimale zin is gerealiseerd. In het rapport worden heel wat aanbevelingen geformuleerd om gelijkwaardige gezondheidszorg voor personen met een buitenlandse herkomst te realiseren.

Verder zijn er ook een aantal universele zaken opgericht in België die personen met een buitenlandse herkomst eveneens ten goede komen op vlak van gezondheidszorg. Zo blijkt uit onderzoek dat de wijkgezondheidscentra een positief effect hebben op het bereik van kwetsbare groepen zoals onder andere personen met buitenlandse herkomst. Ook preventieve gezondheidszorg blijkt in deze praktijken beter aan te slagen (De Maeseneer et al., 2014).

Op regionaal vlak zijn er ook enkele initiatieven die een transculturele zorgverlening trachten te bevorderen. Zo startte het voormalige Antwerpse integratiecentrum de8 in 2011 met het begeleiden van een netwerk van verschillende organisaties die samen op zoek gingen naar manieren om gezondheidsbevordering te promoten bij personen met een migratieachtergrond. Er was namelijk een gezamenlijke nood naar passende methoden en materiaal voor gezondheidspromotie bij deze personen. Dit resulteerde in het project Kleurrijk Gezond. Vijf organisaties, Stad Antwerpen, LOGO Antwerpen, VIGEZ, Antwerps integratiecentrum de8 en OCMW Antwerpen werkten samen om op een interactieve manier de basiskennis over gezonde voeding en beweging te vergroten bij personen met een migratieachtergrond. Dit deden ze door het informatieaanbod uit te breiden met beeldmateriaal maar ook door een aanbod van oefeningen, pakketten op maat en het organiseren van infosessies. In opdracht van de Vlaamse Werkgroep Voeding en Beweging werd in 2014 een effectevaluatie gemaakt van Kleurrijk Gezond. De werkgroep gaf de goedkeuring om het product Kleurrijk Gezond over Vlaanderen uit te rollen.

3 CASUS: HET GLOBAAL MEDISCH DOSSIER PLUS ALS PREVENTIEMIDDEL

Preventieve geneeskunde is weinig gesystematiseerd. Met behulp van een globaal medisch dossier plus (GMD+) tracht de overheid preventie in de huisartspraktijk te stimuleren en te systematiseren. Dit GMD+ werd in april 2011 mogelijk gemaakt voor alle patiënten (tussen de 45-75j oud) die bij de huisarts een globaal medisch dossier hebben. Hoewel deze preventieve vragenlijst bijna vijf jaar bestaat, werd er weinig wetenschappelijk onderzoek verricht naar het gebruik ervan. Wel was het GMD+ vaak het onderzoeksthema van de eindwerken van huisartsen in opleiding (HAIO). In wat volgt, trachten we de werking van het GMD+ uiteen te zetten en vatten we de resultaten van de verschillende eindwerken samen. Domus Medica voerde in 2014 tevens een evaluatief onderzoek uit. Hierbij lag de focus voornamelijk op de werking van het GMD+ in de huisartspraktijk.

3.1 Het globaal medisch dossier plus

Binnen de huisartspraktijk wordt er sinds 2002 gebruik gemaakt van een globaal medisch dossier. Dit dossier bevat de medische informatie van patiënten (operaties, ziektes, bloeddruk, lopende behandelingen, etc.) wat overleg tussen verschillende zorgverleners mogelijk maakt (De Cock, 2015). In 2010 introduceerde Domus Medica een uitbreiding van dit dossier; het globaal medisch dossier plus (GMD+). Dit dossier functioneert als een preventiemodule die mensen tussen 45 en 75 jaar jaarlijks recht geeft op een gratis preventieve medische check-up tijdens een raadpleging bij de huisarts. Met behulp van een vragenlijst screent de huisarts of de patiënt een risico loopt op bepaalde aandoeningen om deze vervolgens te voorkomen of vroegtijdig op te sporen (De Cock, 2015; Peterson, 2007). Vragen naar bloeddruk, familiale gezondheidsgeschiedenis, rookgedrag, vaccinaties, gewicht en mentale gezondheid komen aan bod. Deze vragenlijst kende in 2014 een herziening waarin men de lay-out heeft aangepast en vragen betreffende mentale gezondheid weglieten uit deze lijst. De beide versies van het GMD+ zijn opgenomen in Bijlage 2 van dit rapport. Tijdens een preventieconsult wordt er op basis van de verkregen informatie een persoonlijk preventieplan opgesteld met behulp van de gezondheidsgids van Domus Medica. Deze Gids stelt de arts in staat om op een wetenschappelijke en maatschappelijke verantwoordde manier preventief te peilen naar mogelijke gezondheidsrisico's bij hun patiënten. Wanneer ze op bepaalde thema's van het GMD+ hoog scoren, kan men in de gezondheidsgids opzoeken in welke mate zij een risico lopen op een bepaalde aandoening. Verder werd er in 2011 een nomenclatuur toegekend door het RIZIV voor het GMD+. Dit wil zeggen dat de arts voor het afnemen

van een GMD+ een vergoeding van 10,80€ bovenop de prijs van een algemene consultatie ontvangt. De patiënt krijgt deze consultatie echter volledig terugbetaald (De Caesemaeker, 2015; Domus Medica, 2013).

3.2 Het gebruik van een globaal medisch dossier plus in een huisartspraktijk

Een huisarts kan het GMD+ op verschillende manieren aanbieden. Hij/zij kan de preventie-items overlopen tijdens één preventieconsultatie of hij/zij kan de nodige informatie verzamelen over verschillende consultaties heen (Hoorens, 2014). Onderzoek in Vlaanderen heeft uitgewezen dat doorgaans deze laatste methode gehanteerd wordt. In 73% van de gevallen registreert de arts de gezondheidsinformatie over gewone routine consultaties heen (Hoorens, 2014). Dit heeft echter als nadeel dat de gegevens niet gestructureerd verzameld worden waardoor het GMD+ dossier vaak onvolledig is. Dit compliceert het opstellen van een gepersonaliseerd preventieplan (Hoorens, 2014; Mannaerts, Schoenmakers, & Van Den brandt, 2012). Indien men één preventieconsult vastlegt, wordt alle informatie in één keer verzameld en digitaal opgeslagen in het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) waardoor de informatie consistent wordt bijgehouden en preventiemaatregelen beter nageleefd en opgevolgd kunnen worden (Dubey, Mathew, Iglar, Moineddin, & Glazier, 2006; Schoolmeesters Mennen & Schoenmakers, 2013). Verder zijn er ook diverse manieren waarop men patiënten kan uitnodigen voor een preventieconsult. Uit de verschillende masterproeven die uitgevoerd werden door HAIO's blijkt dat een deelname aan een preventieconsult sterk fluctueert naargelang de rekruteringsstrategieën. Het uitnodigen van patiënten via posters of brochures in de wachtzaal leidt tot een beduidend lagere opkomst dan een actieve en persoonlijke uitnodiging door de huisarts (Assendelft et al., 2012; De Cock, 2015). Ook patiënten persoonlijk uitnodigen via brief of telefonisch contacteren heeft een hogere opkomst als gevolg. Tevens zorgt een reminder dat het aantal GMD+ patiënten in een huisartspraktijk stijgt. Op die manier heeft de huisarts zelf een belangrijke invloed op de deelname van patiënten aan preventieve screenings.

Domus Medica voerde in 2014 een onderzoek uit naar het gebruik en de efficiëntie van het GMD+ binnen de eerstelijnszorg. Hierin gaf één op de drie artsen aan het GMD+ minstens één keer gebruikt te hebben (Peterson, 2007). De meeste huisartsen gaven aan het GMD+ te gebruiken omdat ze overtuigd zijn van het belang van preventie en ze op die manier de kwaliteit van hun medische praktijk trachten te verbeteren. Anderen vinden het een goed wetenschappelijk verantwoord instrument dat hen in staat stelt om een preventieplan op maat van de patiënt te maken. Toepassing van het GMD+ biedt

voor sommige huisartsen een meerwaarde binnen hun huisartspraktijk, voor anderen is het eerder een geheugensteun om niets te vergeten tijdens een preventieconsultatie.

3.3 Knelpunten bij het gebruik van een Globaal Medisch Dossier Plus

Hoewel de meerderheid van de artsen veel belang hechten aan preventie, zijn er een aantal redenen waarom men het GMD+ niet gebruikt binnen de praktijk. Zo zijn niet alle huisartsen bekend met het gebruik van de preventiemodule van het globaal medisch dossier waardoor ze niet weten hoe het juist te gebruiken (Delanoye, 2013). Ook zijn er verschillende administratieve tekortkomingen. Zo is het niet altijd eenvoudig om het GDM+ te koppelen aan het GMD (Vanhulsel, 2013). Huisartsen maken namelijk niet allen gebruik van éénzelfde softwareprogramma waardoor de installatie varieert naargelang het softwareprogramma. Het gebruik van deze preventiemodule zou een goede methode zijn om op een systematische, gestructureerde en eenvormige manier aan preventie te doen. Er ontbreken echter ook richtlijnen wat betreft het verwerken van de verzamelde informatie. Het GMD+ verwijst naar een aantal voorgeselecteerde onderwerpen die jaarlijks besproken kunnen worden met de patiënt, maar het geeft niet aan hoe dit dan best gebeurt.. Welke methode en procedure de arts volgt, ligt in zijn/haar handen. Deze zaken wijzen op een lage organisatiegraad en weinig administratieve ondersteuning (Delanoye, 2013).

Verder blijkt uit verschillende onderzoeken van huisartsen in opleiding (HAIO) dat ook tijdsgebrek een belangrijke barrière is (Bosschaerts, 2015; De Cock, 2015; Debruyne, 2015; Hoorens, 2014; Jouck, 2015; Mathy, 2014; Vanhaverbeke, 2014). Het uitvoeren, maar vooral ook het verwerken van de gegevens vraagt veel tijd die huisartsen vaak niet hebben (Jouck, 2015). De duur van een preventieconsult bedraagt gemiddeld 30 minuten (Bosschaerts, 2015; Delanoye, 2013; Hoorens, 2014). In deze tijd kunnen huisartsen drie verschillende patiënten behandelen die langs komen voor een algemene consultatie. Bijgevolg worden huisartsen gedemotiveerd voor het afnemen van een preventieconsult. Dit verklaart onder andere waarom het verzamelen van de informatie wat betreft de preventie items eerder sporadisch gebeurt. Als oplossing voor dit tijdsgebrek werd er een digitale versie van het GMD+ gelanceerd door Medical Time Management. Hierdoor kan de patiënt de gegevens invullen met behulp van een tablet en moet de arts de gegevens niet meer handmatig ingeven, maar wordt de informatie automatisch gekoppeld aan het elektronisch medisch dossier (Jouck, 2015). De patiënt kan deze vragenlijst invullen in de wachtzaal. Deze manier van werken is echter nog geen standaard gegeven in een huisartsenpraktijk. Deze tablet heeft namelijk ook een kostprijs, niet elke huisarts weet af van het bestaan en de automatische koppeling verloopt niet bij elke praktijk even vlot

(Jouck, 2015). Het aanstellen van een praktijkassistent(e) die helpt bij het overlopen van het GMD+ zou tevens een oplossing kunnen bieden voor het strakke werkschema van de arts (Debruyne, 2015). Zij kunnen, in tegenstelling tot een tablet, uitleg geven bij de vragen en de nodige onderzoeken (bloeddruk meten, gewicht, ...) uitvoeren.

Sensibilisering van de bevolking wat betreft preventie vormt tevens een groot probleem voor het slagen van het GMD+. Verschillende onderzoeken naar preventie hebben uitgewezen dat mensen niet voldoende op de hoogte zijn van preventie-activiteiten en het belang er niet altijd van inzien. Zo geven de meeste mensen aan niet naar de dokter te willen gaan wanneer ze niet ziek zijn (De Cort, 2011; Jones et al., 2010; Priem, 2010). Bovendien stellen ze dat ze geen tijd hebben om deel te nemen aan een preventieconsult of zijn ze bang voor eventuele kosten die eraan verbonden zijn. Dit wijst erop dat men niet voldoende op de hoogte is van de werking van het GMD+, daar deze volledig wordt terugbetaald aan de patiënt (De Caesemaeker, 2015; Priem, 2010). Er zijn echter een aantal manieren om meer interesse te creëren bij de bevolking en het aantal individuen dat deelneemt aan preventieconsulten te verhogen. Zoals reeds aangehaald blijkt een persoonlijke aanmoediging van de arts om deel te nemen aan een preventieconsult, een positief effect te hebben op de deelname aan een preventieconsult (Assendelft et al., 2012; Blomberg et al., 2011; Garcia et al., 2011; Vandenberghe & Cosyn, 2012; Wilkins et al., 2012). Het is dan ook belangrijk om niet enkel de patiënt te sensibiliseren maar ook de arts aan te moedigen om het preventieconsult aan te raden bij hun patiënten tijdens een consultatie. Dit is zeker het geval bij personen met een lagere sociaal-economische status en personen met een buitenlandse herkomst omdat zij meestal uit de boot vallen wat betreft preventiecampagnes. Om die reden kan een mondelinge uitnodiging van de arts een positief effect hebben.

4 BESLUIT

De huidige superdiversiteit kleurt de Vlaamse samenleving op alle vlakken. Dit zorgt ervoor dat ons beleid voor heel wat uitdagingen komt te staan. Uit bovenstaande literatuurstudie blijkt dan ook dat het Vlaamse gezondheidsbeleid hierbij prioritair is. Ondanks dat het gezondheidsbeleid even toegankelijk tracht te zijn voor elke bevolkingsgroep, blijkt dit uit de gezondheidscijfers niet het geval te zijn. Er zijn namelijk nog heel wat gezondheidsverschillen tussen de verschillende bevolkingsgroepen. Hiervoor liggen verschillende oorzaken aan de basis. Zo verloopt het verspreiden van informatie betreffende het Vlaamse gezondheidssysteem naar personen met een buitenlandse herkomst verloopt niet altijd even vlot. Vaak is een procedure om toegang te krijgen tot

de gezondheidszorg erg complex waardoor personen met een buitenlandse herkomst vaak niet op de hoogte zijn van de bestaande faciliteiten. Bovendien krijgen ze doorgaans te maken met taal- en cultuurverschillen waardoor er misdiagnoses kunnen plaatsvinden of zij niet begrijpen wat er van hen verwacht wordt met als gevolg dat personen met een buitenlandse herkomst gemiddeld een lagere gezondheidsstatus hebben dan de autochtone bevolking. Het is echter niet enkel deze toegang tot de gezondheidszorg die cruciaal is voor iemands gezondheidstatus. Ook de sociaal-economische status speelt een fundamentele rol. Onderzoek toont aan dat personen met een buitenlandse herkomst vaker een lagere sociale positie innemen dan de autochtone bevolking. Hiermee samenhangend zijn de woon- en arbeidsomstandigheden. Slechtere woonomstandigheden, waarin personen met een buitenlandse herkomst zich vaak in bevinden, hebben een negatieve invloed op de gezondheidsstatus. Ook de arbeidsomstandigheden blijken uit literatuuronderzoek een impact te hebben op de gezondheidsstatus. Personen met een buitenlandse herkomst bevinden zich vaak in risicovolle beroepen waar zwaar en ongezond werk verricht wordt. Daarbij hebben ze minder gunstige arbeidsvoorwaarden (loon, werkuren, statuut). Uit de literatuur werd eveneens duidelijk dat superdiversiteit ook verschillende sociaal-cultureel bepaalde opvattingen over ziekte, gezondheid en genezingsprocessen met zich mee. Deze zaken bepalen het gezondheidsgedrag van individuen en de levensstijl die ze aannemen. De literatuurstudie maakte duidelijk dat personen met een buitenlandse herkomst vaak een ongezondere levensstijl hebben. Ze roken vaker, doen minder aan beweging en eten ongezonder voedsel.

Omwille van het bovenstaande moet het beleid streven naar een meer cultureel competente zorgverlening waarbij men de gezondheidsverschillen tracht weg te werken. Gezondheid vormt namelijk één van de meest fundamentele levensdomeinen waar sociale ongelijkheid en vormen van sociale uitsluiting nog sterk aanwezig zijn (Levecque et al., 2006; Van Oyen Herman et al., 2011). In de beleidnota van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2014-2019) van Minister Vandeuren staat dan ook vermeld dat er een speciale focus moet gaan naar etnisch-culturele minderheden in het Vlaamse gezondheidsbeleid. Hierbij wil men niet enkel inzetten op een cultureel competente curatieve zorgverlening maar ook op vlak van preventie moet er meer aandacht gaan naar de specifieke noden van de bevolking.

Deze preventieve geneeskunde wint aan belang daar men de huidige belangrijkste doodsoorzaken (kanker, hartfalen en chronische aandoeningen) vaak kan voorkomen. Dit door enerzijds in te zetten op gezondheidsbevorderende preventie (gezonde voeding, rookgedrag verminderen, beperkte alcoholconsumptie, inzetten op fysieke activiteit, etc.)

(Vandenberghe et al., 2013). Anderzijds door in te zetten op 'ziektepreventie' waarbij men een aandoening vroegtijdig wil opsporen, om zo tijdig te kunnen ingrijpen om de gezondheid te behouden of de ziekte te genezen (Nuyens & Mertens, 2012; Vandenberghe et al., 2013). De huisarts is hierbij de sleutelfiguur die zich moet inzetten om preventieve zorgverlening te realiseren en tevens te anticiperen op de diversiteit. Om de huisarts hierbij te ondersteunen ontwikkelde Domus Medica het GMD+, een vragenlijst die dient om preventie binnen de huisartspraktijk te systematiseren. In het tweede deel van dit rapport gaan we onder meer na in hoeverre dit instrument door huisartsen wordt gebruikt en wat hun ervaringen zijn.

DEEL 2: EEN KWALITATIEVE ANALYSE

5 METHODOLOGIE & ONDERZOEKSDATA

In het tweede deel van dit onderzoeksrapport komen de resultaten van het kwalitatieve onderzoek aan bod. We starten dit deel met een verklaring voor de keuze van de kwalitatieve onderzoeksmethodologie. Waarom hebben we voor semigestructureerde gesprekken gekozen? Vervolgens beschrijven we hoe we het onderzoek concreet hebben aangepakt. Met wie hebben we gesproken? Hoe werden de respondenten gerekruteerd? Hoe werden de resultaten verwerkt en geanalyseerd? Na deze twee methodologische hoofdstukken, gaan we in op de resultaten van het onderzoek. We proberen zoveel als mogelijk de rijkdom van de gesprekken tot haar recht te laten komen. We presenteren de gegevens op grond van een drietal kernthema's: (1) de algemene preventieve geneeskunde binnen de huisartspraktijk; (2) de drempels die huisartsen binnen de preventieve gezondheidszorg ervaren en (3) het Globaal Medisch Dossier Plus als concrete casus. Deze drie kernthema's worden besproken in het licht van een superdiverse samenleving.

5.1 Analyse-techniek

In dit onderzoek hebben we een beroep gedaan op een veelgebruikte kwalitatieve onderzoeksmethode, namelijk semi-gestructureerde gesprekken met respondenten die binnen het onderzoeksthema centraal staan (i.c. huisartsen). Meer nog dan het geval is met kwantitatieve onderzoeksmethodologieën (vb. survey analyses), stelt kwalitatief onderzoek de onderzoeker in staat om complexe thema's, sociale processen en verbanden bloot te leggen (Mortelmans, 2007). Bij een kwalitatieve studie kijkt de onderzoeker immers op een interpretatieve wijze naar de natuurlijke en dagelijkse sociale wereld teneinde deze te kunnen verklaren vanuit de leefwereld van de betrokkenen zelf. De manier waarop dit gebeurt, kan echter zeer verschillend zijn. Dit maakt dat het domein van 'kwalitatief onderzoek' niet gemakkelijk af te bakenen is (Mortelmans, 2007). Er is geen vast stramien waaraan de onderzoeker zich moet houden. Wel is er steeds een theoretische leidraad die het onderzoek vorm geeft. Echter, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de survey-methodologie, onderzoekt men het studieobject niet eenduidig aan de hand van gestandaardiseerde en gesloten vragen. In kwantitatief onderzoek zijn de vragen die men hanteert voor alle respondenten exact dezelfde en worden ze gezien als een constante (Flick, 2009; Mortelmans, 2011). Kwalitatief onderzoek daarentegen is meer flexibel en wordt gekenmerkt door een voortdurende interactie tussen de onderzoeker en de leefwereld van de respondenten die hij/zij onderzoekt. Om die reden is het belangrijk dat de kwalitatieve onderzoeker een

onderzoeksdesign hanteert dat zo open mogelijk is (Meurs & Gailly, 1998). Semi-gestructureerde interviews kunnen daar perfect aan tegemoet komen, gezien ze de interviewer en de respondent de vrijheid geven om verschillende dimensies van een bepaald thema aan bod te laten komen. Hierbij heeft de onderzoeker het interview in grote lijnen gestructureerd en voorbereid, maar blijft er veel ruimte voor de respondent om die concreet en naar eigen goeddunken in te vullen (Mortelmans, 2007).

De afgenomen interviews worden steeds getranscribeerd. In tegenstelling tot kwantitatief onderzoek, wordt de analyse dus gevoerd op basis van tekstfragmenten, die dan bijvoorbeeld met behulp van bepaalde softwareprogramma's zoals Nvivo kunnen worden gecodeerd. Cijfers zijn in kwalitatief onderzoek niet of nauwelijks aan de orde (Meurs & Gailly, 1998). De gecodeerde interviews worden vervolgens geïnterpreteerd aan de hand van concepten, lemma's en codes. Op die manier brengt de onderzoeker het verhaal van de persoon of groep die in het onderzoek bestudeerd wordt, opnieuw tot leven (Meurs & Gailly, 1998).

5.2 Methodologie

In de periode oktober – december 2015 interviewden we 18 huisartsen wiens praktijk gevestigd is in Antwerpen (zes in Antwerpen centrum, vier in Deurne, drie in Hoboken, twee in Borgerhout en ten slotte één in Wilrijk). De keuze om het onderzoek in Antwerpen te houden, valt terug op het feit dat Antwerpen een van de koplopers is in Vlaanderen op vlak van superdiversiteit. Dit vergroot de kans om respondenten te verzamelen die reeds enige ervaring hebben met patiënten uit diverse etno-culturele gemeenschappen. Dit maakt ook dat de resultaten van dit onderzoek relevant zijn voor deze regio. Verder waren er ook pragmatische overwegingen. Immers, niet alleen was dit een kortlopend onderzoek (4,5 maanden), tevens was Antwerpen voor de onderzoekster de meest haalbare optie daar zij gehuisvest is in Antwerpen en er op die manier niet veel tijd verloren ging met de verplaatsing. De bevraagde huisartsen waren tewerkgesteld in groepspraktijken, wijkgezondheidscentra, dokters van de wereld, geneeskunde voor het volk of hadden een solopraktijk. Voor meer gedetailleerde gegevens van de respondenten, zie Eerste versie **(2011)**

Bijlage 3.

Omwille van zowel inhoudelijke als praktische redenen werd geopteerd voor semi-gestructureerde diepte-interviews en bijvoorbeeld niet voor focusgroep-gesprekken met artsen. In tegenstelling tot focusgroepen die in de eerste plaats gericht zijn op de interactie tussen verschillende individuen en op het verzamelen van informatie over bepaalde discussiepunten, laat de methodiek van semi-gestructureerde interviews toe om het thema bij elke respondent afzonderlijk ruim en in de diepte te exploreren. Verder speelt ook mee dat sommige huisartsen elkaar waarschijnlijk kennen aangezien ze allen werken binnen de regio Antwerpen. Dit zou het vergaren van de nodige informatie binnen focusgroepen kunnen bemoeilijken vermits kan worden verondersteld dat de huisartsen minder snel geneigd zijn om vertrouwelijke informatie te delen en ook meer geneigd zullen zijn om op een sociaal-wenselijke wijze te antwoorden. Semi-gestructureerde interviews hebben ook het voordeel dat de respondent de mogelijkheid heeft om zelf bepaalde onderwerpen aan te halen. Bovendien biedt deze onderzoeksmethode de onderzoeker de ruimte om in te spelen op de antwoorden van de respondent (Bryman, 2012; Mortelmans, 2007).

Er werd bewust gekozen om bij de bevraging te vertrekken vanuit de zorgverstrekkers, omdat een bevraging bij de patiëntengroep (i.c. individuen met buitenlandse herkomst), in het korte tijdsbestek van het project niet mogelijk was. De huisartsen werden door eenzelfde onderzoeker bevraagd in hun praktijk, met uitzondering van één respondent waarbij het interview plaats vond in een lokaal van de Universiteit Antwerpen. De duur van de interviews schommelde tussen 30 en 60 minuten.

Via het boek '*Lijst van de ingeschreven geneesheren*' (Provinciale Raad van Antwerpen, 2014) stelden we een lijst samen met alle e-mail adressen van huisartsen die tewerkgesteld zijn in Antwerpen, om hen vervolgens via die weg te contacteren. Er werd naar circa. 300 huisartsen een e-mail verzonden waarin we hen uitnodigden om deel te nemen aan het onderzoek. Zo werd hen in eerste instantie gevraagd om een survey in te vullen met twaalf korte, algemene vragen (zie Bijlage 4). Hierin werd ook gevraagd of ze bereid waren om deel te nemen aan een interview. Aan de hand van de antwoorden trachtten we een zo divers mogelijke steekproef te bekomen. In totaal vulden slechts 40 huisartsen de survey in waarvan er in totaal tien huisartsen instemden met een interview. Om de responsratio te verhogen, namen we telefonisch contact op met de voorzitters van de verschillende huisartsenverenigingen in Antwerpen (HAVAC, Huisartsenkring Hoboken – Kiel – Valaar, Huisartsenvereniging Antwerpen-Centrum, Huisartsenkring Deurne-Borgerhout, Dokterskring Berchem, Geneesherenkring Merksem-

Schoten, Huisartsenkring 't Vlaemsch Hooft en Huisartsenvereniging Wilrijk). Twee van hen waren bereid om de door ons opgestelde e-mail te versturen vanuit hun naam. Dit leverde ons vijf extra respondenten op. Eén andere respondent werd verzameld via de 'sneeuwbalmethode'. We vroegen elke respondent of hij/zij andere huisartsen kende die mogelijk wilden deelnemen aan het onderzoek. De overige twee respondenten konden we overtuigen door hen persoonlijk een bezoek te brengen en hen het onderzoeksopzet uit te leggen.

Bij het begin van het interview werd aan de respondent vermeld dat zijn/haar gegevens anoniem verwerkt zullen worden in een onderzoeksrapport van het Steunpunt Inburgering en Integratie. Ook werd aan hem/haar het opzet van het onderzoek verduidelijkt. Vervolgens werd de toestemming gevraagd om het interview op te nemen met een bandrecorder waarmee elke respondent akkoord ging. Op die manier kon de onderzoeker focussen op het gesprek in plaats van op het nemen van notities. De 18 opgenomen gesprekken werden uitgeschreven door drie verschillende jobstudenten. Vervolgens werden de interviews gecodeerd aan de hand van het softwareprogramma Nvivo10. De codes werden gecreëerd tijdens het lezen en interpreteren van het interview. Het doel van het coderen is om de verschillende tekstfragmenten uit de interviews onder te brengen in centrale thema's. Tijdens het coderen veranderden sommige codes, kwamen er nieuwe codes tot stand of vielen er codes weg om uiteindelijk tot een finale codeboom te komen. De codeboom, die tevens afgetoetst werd aan mede-onderzoekers, vormde de basis van de analyse waarmee we verbanden en sociale processen trachten te begrijpen en te verklaren.

6 EEN KWALITATIEVE ANALYSE

Alvorens over te gaan tot het onderzoeksmateriaal willen we eerst benadrukken dat dit onderzoek een inductief karakter heeft, wat betekent dat we vanuit een bepaalde dataset (gegevens over 18 artsen in verband met preventie) veronderstellingen maken over wat er door artsen in het algemeen wordt gedacht over preventie. Gezien de korte tijdspanne van dit onderzoek (4,5 maanden) was het onmogelijk om alle artsen te bevragen in Antwerpen. Desondanks hebben we een vrij diverse groep aan respondenten bereikt. Zowel artsen die werken in solopraktijken als groepspraktijken, wijkgezondheidscentra, dokters van de wereld en geneeskunde voor het volk deden mee aan het onderzoek. Hiervan waren er zeven die werkten volgens een forfaitair financieringssysteem en elf huisartsen die werkten per prestatie. Hierbij merken we op dat de verhouding tussen aantal forfaitaire praktijken en praktijken per prestatie geen weerspiegeling is van de

realiteit. Forfaitaire praktijken zijn in Antwerpen slechts in beperkte mate aanwezig in vergelijking met huisartspraktijken per prestatie.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de wereld van preventieve geneeskunde in een samenleving die wordt gekenmerkt door superdiversiteit. Op basis van de gesprekken met de verschillende huisartsen willen we met name weten hoe preventie in de eerstelijnszorg binnen een etnisch diverse context al dan niet wordt geïmplementeerd. We trachten met behulp van tekstfragmenten en citaten te verklaren hoe preventieve zorgverlening al dan niet plaats vindt binnen de huisartspraktijken. We hebben ervoor gekozen om – iets wat overigens gebruikelijk is in de weergave van kwalitatieve onderzoeksresultaten – in de balans ‘authenticiteit’ sterker te laten doorwegen dan ‘leesbaarheid’. De respondenten in dit onderzoek worden als volgt aangeduid: R1, R2, R3, etc. Voor een overzichtslijst, zie (Eerste versie **(2011)**)

Bijlage 3). Bij de citaten geven we ook altijd aan volgens welk financieringssysteem de arts werkt (per prestatie of forfaitair).

6.1 Algemene preventieve geneeskunde

In wat volgt schetsen we een beeld van de algemene preventieve geneeskunde in de huisartspraktijk. We starten met het in kaart brengen van het begrip 'preventie' aan de hand van de definities die de respondenten hieraan gaven. Vervolgens beschrijven we de positie die ze volgens hen innemen binnen deze preventieve geneeskunde. Wanneer het gaat over preventie, wordt nu eenmaal in de literatuur (en vanuit het beleid) aan de arts een centrale rol toegedicht. Echter, hoe ervaren artsen dat zelf? Zien zij zich als 'centrale figuur' binnen de preventiepijler? We vervolgen met een uiteenzetting van de verschillende preventieve methoden die gebruikt worden binnen de huisartspraktijken en schetsen wie men met deze methoden voornamelijk bereikt.

6.1.1 Wat verstaan huisartsen onder preventie?

Wanneer we aan de huisartsen vragen wat preventieve geneeskunde voor hen inhoudt, wordt duidelijk dat het gaat om een heel breed begrip. Preventie gaat over gezondheidspromotie, vaccineren, raad geven, mensen op het goede annex gezonde pad houden/helpen, mensen waarschuwen voor die zaken die de gezondheid in gevaar (kunnen) brengen, mensen concreet aanraden om een aantal onderzoeken te ondergaan, etc. Of, zoals door verschillende artsen (o.a. R8) werd gesteld: '*Voorkomen is beter dan genezen!*' Echter, niet al deze kenmerken van preventieve geneeskunde worden door de artsen aangehaald. Sommige respondenten beperken zich tot het beschrijven van 'primaire preventie' (het voorkomen van ziekten zoals het geven van een vaccin), anderen vermelden ook 'secundaire' (ziekte vroegtijdig opsporen, zoals kankerscreenings) en 'tertiaire' preventie (voorkomen dat iets opnieuw voorvalt, zoals een aangepaste levensstijl na hartaanval). Men kan de respondenten op die manier opdelen in twee groepen.

R17 is een respondent van de eerste groep, die dus enkel primaire preventie benadrukken. Op de vraag 'Wat is preventie?', antwoordt zij kort:

R17: *Het voorkomen van ziekte, ja...*
(Vrouw, 31j, per prestatie)

Respondent R4 gaat daarentegen veel verder en behoort tot de groep respondenten die ook aan secundaire en tertiaire preventie doen. Dit wordt ondermeer duidelijk in het

volgend citaat waarin zij de manieren waarop zij deze preventieve geneeskunde tracht te realiseren binnen haar huisartspraktijk opsomt:

R4: *Preventie is voor mij dingen voorkomen hé, bijvoorbeeld met de griepvaccinatie hé, dat is echt een typisch voorbeeld voor preventie. Maar ook mensen die zwaarlijvig zijn, of waarvan dat je denkt van euh bloedonderzoek een beetje, rand van verhoogde waarde suiker of cholesterol of triglyceride¹⁰ dat ge daar ook naar kijkt, dat is voor mij ook preventie. En dan ook begint bij mij het zeggen tegen mensen van "kijk ge moet diëten of ge moet dit doen, uw levensstijl eigenlijk veranderen." Dat is voor mij ook preventie.*
(Vrouw, 35j, per prestatie)

Wat opvalt is dat deze antwoorden samenhangen met de manier waarop huisartsen effectief aan preventie doen. Op die manier handelen ze volgens hun visie. Zij die dus tot de eerste groep behoren, ondernemen in mindere mate stappen om aan preventieve geneeskunde te doen binnen hun huisartspraktijk. Respondenten die daarentegen uitgebreid antwoorden op de vraag 'Wat is preventie?', blijken actiever aan preventieve zorgverlening te doen. De visie die huisartsen hebben betreffende preventieve zorgen is op die manier bepalend voor een meer preventieve gezondheidszorg.

6.1.2 Welke positie nemen huisartsen in binnen preventieve geneeskunde?

Uit de literatuur werd duidelijk dat huisartsen een centrale positie innemen binnen de preventieve geneeskunde. De rol die zij vertolken kan een belangrijke invloed hebben op het succes van preventie. Huisartsen staan namelijk in voor het verspreiden van informatie over preventie (welke onderzoeken zijn er, welke vaccinaties kan men krijgen, wat is een gezonde levensstijl, etc.). Vervolgens kunnen zij hun patiënten aansporen om deel te nemen aan deze preventie-activiteiten wat gezondheidswinst kan opleveren. Huisartsen moeten (of kunnen) verder hun patiënten op de hoogte brengen van hun eventuele risicopositie en instaan voor gezondheidspromotie. De huisarts kan vaccins geven, bloeddruk meten, uitstrijkjes doen, gewicht controleren en dergelijke meer.

De positie als sleutelfiguur in preventieve geneeskunde wordt door slechts een beperkt aantal respondenten niet erkend. Een gebrek aan tijd en/of interesse liggen hier voornamelijk aan de basis. Zo stelt R1 dat de werkdruk te hoog is waardoor er geen ruimte is om aan preventieve gezondheidszorg te doen. Hij haalt ook geen voldoening uit het uitoefenen van preventieve geneeskunde wanneer zijn patiënten bijvoorbeeld zijn gezondheidsadviezen niet opvolgen. Dit heeft hem ontmoedigd om in de toekomst nog in te zetten op gezondheidspromotie.

¹⁰ Triglyceride is een soort van vet in de bloedbaan dat kan leiden tot hartfalen.

R1: *Zo preventief gaan werken, daar heb ik geen tijd voor. Wij hebben gewoon al te weinig tijd, het is echt zo ne werkdruk. Ik vind dat wel allemaal mooi ze. (...) Ja maar gewoon, en dan denkt ge van ja jongens, ik steek daar geen energie in. Dat doe ik trouwens ook nooit hé, mensen diëten voorschrijven. Ik zeg van "kijk ge moet vermageren of ge moet anders gaan eten". En dan "hoe moet ik dat dan doen?" En als ik dan iets zeg, dan zeggen die van ja maar dokter ik doe dat al. Dan zeg ik van, ga maar naar een diëtiste en die zal u wel voorlichten.*

(Man, 52j, per prestatie)

De grote meerderheid van de respondenten erkennen hun centrale positie binnen de preventieve geneeskunde wel. Zo haalt R4 aan dat preventie behoort tot een van de basistaken van de huisarts.

R4: *Ja ja, dat vind ik wel, absoluut. Ik bedoel, als ge als arts niet de juiste informatie kunt doorgeven aan de patiënten, wie zou dat dan moeten doen? Of ge moet nu echt zo de correcte informatie nu zoeken op het internet, maar dat doen ze dan ook allemaal hé, 'ja ik heb dit op internet gelezen, dit op internet gelezen'. Ik zeg, daar wordt ook heel vaak verkeerde informatie doorgegeven of andere mensen die dat ook anders interpreteren. Maar ik vind dat dat dus zeker onze taak is als arts, absoluut, dat is een van de basistaken. Preventie en de mensen juiste informatie geven, dat is de helft van uw werk eigenlijk dat ge verricht hé.*

(Vrouw, 35j, per prestatie)

Huisartsen bouwen gaandeweg een vertrouwensrelatie op met hun patiënten. Deze relatie wordt belangrijk geacht om aan preventie te doen. Het ontbreken van deze vertrouwensrelatie verhoogt immers de drempel om over preventie te praten. Zo is het bijvoorbeeld moeilijker om met de patiënt over zijn/haar gewicht te praten wanneer men deze niet goed kent. Ook langs de kant van de patiënt zal het correct rapporteren over eigen rookgedrag, alcoholgebruik of ongezonde voeding moeilijker zijn wanneer men de arts niet kent met als gevolg dat men hem niet in vertrouwen neemt. Specifiek werd in de literatuurstudie van Deel 1 aangetoond dat de vertrouwelijke arts-patiënt relatie moeilijker tot stand komt bij personen met een buitenlandse herkomst. Dit is voornamelijk te wijten aan de taalbarrière waarover we het hieronder nog uitgebreid zullen hebben. Dit neemt echter niet weg dat men, volgens vele respondenten, moet blijven investeren in preventieve geneeskunde en moet inzetten op het bouwen van een vertrouwensrelatie.

R2: *Het is door de vertrouwensband dat ge ze kunt motiveren om die dingen te doen.*

(Vrouw, 43j, per prestatie)

Naarmate de huisarts de patiënt beter leert kennen, heeft hij/zij ook een beter zicht op diens leefsituatie. In de literatuurstudie werd duidelijk dat woon-, leef- en arbeidsomstandigheden een belangrijke invloed hebben op de gezondheidsstatus van individuen. Ook deze zaken moeten in rekening gebracht worden wanneer men aan preventie doet. Daar de eerstelijnszorg, op de nuldelijnszorg na, de meest toegankelijke zorg is en individuen hier vaker mee in contact komen dan bijvoorbeeld de tweedelijnszorg, moet hier ruimte gecreëerd worden om deze context te betrekken bij de zorgverlening. Wanneer een bepaalde patiënt vaak langs komt met een infectie aan de luchtwegen bijvoorbeeld, kan het voor de huisarts interessant zijn om de leef- en woonomstandigheden van de patiënt te weten zodat hij/zij de mogelijke oorzaak kan achterhalen van deze gezondheidsproblemen. Ook een specialist kan zich hiervoor openstellen maar zij zien minder vaak dezelfde patiënten een tweede keer waardoor deze context doorgaans niet ter sprake komt. Hoewel in de literatuur veel belang wordt gehecht aan de leef-, woon- en arbeidsomstandigheden van patiënten, worden ze door slechts enkele respondenten in rekening gebracht bij het verlenen van preventieve zorgen. R10 is hier één van.

R10: *Ja. En ik denk dat ge dat ook als ge het over preventie spreekt met mensen dat ge ook een beetje de context moet kennen. En daarom vind ik het wel heel nuttig omdat een huisarts nog altijd best geplaatst is om de context ook wel mee te hebben.*

(...) En ik denk dat dat soms wel eens nuttig kan zijn om bij mensen gewoon efkes te peilen naar die hun hygiëne, zeker op oudere leeftijd. Omdat ge met hygiëne toch ook... Ja, dat zegt ook iets over andere aspecten vind ik.

(Vrouw, 33j, forfaitair)

Hoewel de meerderheid van de respondenten hun rol erkennen, stellen ze dat deze ook door anderen kan vervuld worden. Zo maakt R3 duidelijk dat er verschillende preventie-activiteiten uitgevoerd kunnen worden door een praktijkassistent(e) of door een (sociaal) verpleegkundige. Zij kunnen namelijk ook instaan voor een bloedafname, het geven van vaccins etc. Dit kan ervoor zorgen dat de werkdruk van de arts daalt waardoor hij of zij meer gemotiveerd kan zijn om de nodige preventieve maatregelen op de volgen.

R3: *Er zijn veel dingen, heel veel dingen die we door iemand anders zouden kunnen laten doen. Ah ja, als ze de gezondheidszorg een beetje efficiënt zouden laten organiseren, hadden we huisartsen te veel. Al die griepvaccins geven, dat kan ook een praktijkassistente hé, een*

bloeddrukmeter kan ook een praktijkassistente, de bloeddruk opvolgen, suiker, kun je allemaal verpleegkundigen laten doen, hoeft helemaal de dokter niet te doen. Maar ja dat vraagt een hele reorganisatie van de gezondheidszorg en ik denk dat dat heel hard nodig is.

(Vrouw, 60j, per prestatie)

Binnen verschillende huisartspraktijken is dit dan ook de normale gang van zaken. Indien er een praktijkassistent(e) of een (sociaal-)verpleegkundige tewerkgesteld is in de praktijk, worden een deel van de preventie-activiteiten door hen uitgevoerd. Zo regelen zij vaak de administratieve kant van preventie zoals het versturen van oproepbrieven (bv. voor vaccins en uitstrijkjes) of het afnemen van het GMD+. Zoals reeds aangehaald kunnen zij ook vaccins geven en/of bloeddruk meten. Op die manier wordt preventie wel georganiseerd binnen de eerstelijnszorg maar niet enkel door de huisartsen. Een nadeel hiervan is echter wel dat de patiënt twee vertrouwensrelaties moet opbouwen, zowel met de assistent(e) als met de huisarts. Het aannemen van een praktijkassistent(e) of een verpleegkundige is tevens niet goedkoop.

De positie die huisartsen innemen, blijkt bovendien sterk samen te hangen met het financieringssysteem van de praktijk waarin ze werken. Huisartsen die tewerkgesteld zijn in wijkgezondheidscentra of een andere forfaitaire werkorganisatie (bv. Geneeskunde voor het volk) nemen een meer centrale positie in en maken meer werk van preventie binnen hun praktijk dan huisartsen die werken per prestatie. Werken met een forfaitair systeem zorgt ervoor dat het aantal patiënten dat men per dag ziet, geen verschil in inkomsten maakt, in tegenstelling tot solo- en groepspraktijken die per prestatie werken. Dit maakt dat zij meer tijd kunnen creëren per consultatie waardoor er meer ruimte is om ook aan preventieve geneeskunde te doen. Ook voor de patiënten zelf kan dit een trigger zijn. Zoals R6 aanhaalt, kan men gratis een preventieconsultatie vastleggen, waardoor de drempel lager komt te liggen dan bij een groeps- of solopraktijk waar men wel dient te betalen voor de consultaties.

R6: *Ja, dat is een beetje het voordeel van een wijkgezondheidscentrum of een algemene forfaitaire praktijk. De mensen zijn ingeschreven, ze moeten dus niks betalen als ze op consult komen (...). Maar dus dat is een voordeel wel, want ik denk dat als ik in een gewone praktijk zou werken, dat hangt er een beetje vanaf hé, als ge gewoon terugbetalingstarief zou vragen, dan valt dat nog mee. Sommigen moeten niet zo heel veel betalen, maar allé er is wat meer schroom denk ik om mensen voor zoiets dan terug te laten komen denk ik (...). Maar ik heb daar zelf geen ervaring mee, allé of dat de dingen*

per prestatie systeem of dat dat de arts in eerste instantie weerhoudt om de vraag te stellen en het tweede is natuurlijk of dat dat de mensen weerhoudt om terug te komen.
(Man, 53j, forfaitair)

Tenslotte is het niet alleen de arts, maar ook de patiënt *an sich* die centraal staat binnen de preventieve gezondheidszorg. Dat betekent dat de patiënt zich ook dient in te zetten om een goede gezondheid te behouden en om de adviezen van de huisarts correct op te volgen. Uit de gesprekken met de huisartsen wordt duidelijk dat dit een belangrijk breekpunt is. Immers, wanneer patiënten onvoldoende interesse tonen in preventie, werkt dit demotiverend voor de huisarts.

R6: *Het probleem is als ge gezondheidspromotie doet, of preventie, eigenlijk is dat praten hé, babbelen. Veel zelf kunt ge zelf niet doen, het is de patiënten die het moet doen (...). Ge moet het gevoel hebben dat als ge dan toch kleine dingskes doe, dat dat lukt en dat dat ook vruchten aan de dijk brengt, anders dan stopt ge daarmee.*
(Man, 53j, forfaitair)

6.1.3 Hoe doet men aan preventie binnen de huisartspraktijk en wie bereikt men?

Binnen de huisartspraktijk kunnen artsen op verschillende manieren aan preventie doen. Enkele van de preventiemethodes die door de huisartsen tijdens de gesprekken werden aangehaald zijn de volgende: het deelnemen aan campagnes, het geven van vaccins, het houden van preventieconsultaties, het organiseren van gezondheidsbevorderende activiteiten (zoals wandelgroepen, kookcursussen, etc.), het aanbieden van workshops, het opstellen van een globaal medisch dossier plus. Afhankelijk van de methode die men gebruikt en met welke patiëntenpopulatie men te maken heeft, heeft de ene preventie-activiteit meer succes dan de andere. Patiënten zijn in het algemeen gemakkelijker te overtuigen voor een vaccin dan voor een borstonderzoek of een nieuwe levensstijl. In wat volgt, trachten we weer te geven op welke manier de verschillende huisartsen preventieve geneeskunde omzetten in de realiteit en wie ze hiermee voornamelijk bereiken. Ook het GMD+ is een preventiemiddel. Dit laten we hier even buiten beschouwing, gezien we er later in het rapport uitgebreid op ingaan (6.3). In wat volgt focussen we op drie methoden, namelijk (1) campagnes georganiseerd door de overheid; (2) vaccinaties en (3) de verschillende gezondheidsbevorderende activiteiten die georganiseerd worden door de huisartspraktijken.

6.1.3.1 Overheidscampagnes

In eerste instantie worden er reeds verschillende campagnes gevoerd vanuit de overheid. Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, baarmoederhalskanker en dikke darmkanker dat startte in 2013 gaat bijvoorbeeld uit van de Vlaamse overheid. De Vlaamse overheid stuurt brieven rond naar de bevolking in Vlaanderen om mensen te stimuleren om deel te nemen aan deze preventieve onderzoeken. De grote meerderheid van de respondenten geeft aan dat deze campagnes goed werken. Het merendeel van hun patiënten blijkt namelijk deel te nemen aan deze onderzoeken. Een van de huisartsen (R11) haalt aan dat een brief van de overheid meer overtuigingskracht heeft dan wanneer de huisarts er zelf de patiënt over aanspreekt.

R11: *Ja, en ik denk campagnes en zo dat dat wel werkt, allé zeker die brieven enzo, ik heb wel den indruk dat dat, als mensen van de overheid een brief krijgen dat ze wel zo den indruk krijgen van dat is iets belangrijk. Als wij dat zeggen is dat niet altijd het geval voor hun.*
(Vrouw, 31, wijkgezondheidscentra)

Hoewel de meerderheid van de huisartsen duidelijk aangeven dat deze campagnes succes hebben, geeft de helft van de respondenten ook aan dat niet elke bevolkingsgroep hier even veel gebruik van maakt. Het zijn voornamelijk *the worried well* die van deze preventiecampagnes gebruik maken. Zij hebben meer medische kennis en zijn zich meer bewust van hun eigen gezondheid. Patiënten met een lagere sociaal-economische status en/of personen met een buitenlandse herkomst daarentegen nemen hier minder frequent aan deel hoewel zij net diegene zijn die er vaak het meeste nood aan hebben. R5 stelt dat personen met een buitenlandse herkomst minder bezig zijn met hun gezondheid en preventieve gezondheidszorg dan de autochtone bevolking.

R5: *Ja, ik denk inderdaad dat die daar gewoon minder mee bezig zijn. Ook zoals uitstrijkjes enzo, dat gebeurt toch minder vaak. Ik denk dat euh... Dat ge onder de Vlaamse vrouwen dan dat die zo sneller zelf gaan komen van (...) ja ik denk dat die zich daar veel meer van bewust zijn, ja.*
(Vrouw, 33, groepspraktijk)

Wanneer men deze risicopopulatie wel bereikt, blijkt dat ze vaak een verduidelijking nodig hebben alvorens ze deel kunnen nemen aan deze campagnes. Verschillende huisartsen halen aan dat patiënten, die de Nederlandse of Franse taal niet voldoende machtig zijn en/of personen met een lagere sociaal-economische status, regelmatig naar de praktijk komen met de brieven die ze toegestuurd kregen van de overheid voor meer

informatie. Dit is voor sommige huisartsen een uitdaging, daar de medische taal niet de meest eenvoudige is om duidelijk uit te leggen. Vandaar dat de meeste huisartsen opteren voor het gebruik van beeldmateriaal om medische procedures te expliciteren. Hoewel er wel wat medisch beeldmateriaal bestaat, geven artsen aan dat deze nog onvoldoende in de huisartspraktijk beschikbaar zijn. Beeldmateriaal om bijvoorbeeld een bepaalde soort kanker uit te leggen zijn vaak niet voorhanden. Het internet kan hierbij hulp bieden aan de huisartsen. Er zijn een aantal webpagina's die beeldmateriaal (video's, tekeningen,...) aanbieden voor in de huisartspraktijk.¹¹ Deze zijn echter vaak verspreid over verschillende webpagina's waardoor het wel wat zoekwerk vraagt om het juiste en geschikte beeldmateriaal te vinden. bovendien blijken niet alle respondenten op de hoogte te zijn van het bestaan van zulke webpagina's.

Patiënten met een buitenlandse herkomst en/of een lagere sociaal-economische status begrijpen niet altijd de intentie van deze onderzoeken, maar wanneer de huisarts hen voldoende informatie geven, dan blijken zij er meer voor open te staan. Op die manier neemt de huisarts opnieuw een belangrijke positie in. Indien hij of zij geen verduidelijking kan bieden, zullen deze patiënten uit de boot vallen. De brieven zijn namelijk enkel beschikbaar in het Nederlands of het Frans. R7 stelt ook dat deze brieven voor de artsen zelf als geheugensteun kunnen dienen. Het is een soort herinnering en aanknopingspunt om over preventieve geneeskunde te spreken. Echter gaat niet iedereen met deze brief langs bij de huisarts, waardoor het slechts voor enkele patiënten een aanknopingspunt kan zijn.

R7: *Ja, ze nemen dan die brief mee naar hier en dan vragen ze van "wat moet ik hier nu mee?" En dan leg ik dat helemaal uit en zeg ik dat ze dat zeker moeten doen. (...). Eigenlijk is dat een geheugensteun hé, allé voor mij dan. Van, ah ja juist, die is 50 jaar ...*
(Man 30j, per prestatie)

Hoewel deze campagnes een relatief hoge opkomst hebben, is het erg moeilijk om te achterhalen of deze ook werkelijk gezondheidswinst opleveren. Huisartsen weten niet hoeveel succes deze campagnes hebben en stellen sommige onderzoeken zelfs in vraag. R12 bijvoorbeeld, wijst op het feit dat zulke onderzoeken ook nadelen hebben en mogelijk het risico op kanker net kunnen verhogen of de bevolking onnodig ongerust maken.

¹¹ Zie bijvoorbeeld:
<http://www.huisarts-migrant.nl/>
<http://www.uzleuven.be/brochures-en-films>
<http://www.artsenapotheke.nl/huisarts/dossiers/id2-voorlichting.html?documentsoort=Beeldmateriaal>

R12: *Nu, wij nemen daar ook een zeer kritische houding tegenover aan hé, bijvoorbeeld die mammografie, moeten altijd overwegen, afwegen wat de voor- en de nadelen zijn van zo'n.. dus de kankers veroorzaakt door de bestraling enzovoort...*
(Man, 54j, forfaitaire)

6.1.3.2 Vaccinaties

Een tweede frequent gebruikte preventiemethode binnen de huisartspraktijk is de vaccinatie. Patiënten zijn hiervoor doorgaans gemakkelijk te overtuigen. Het opvolgen van deze vaccins verloopt meestal vlot. De meeste huisartsen maken gebruik van een automatisch herinneringssysteem waardoor hij of zij een melding krijgt dat bepaalde patiënten op consultatie moeten komen om het vaccin opnieuw toegediend te krijgen. Zo bestaat er het programma 'vaccinet' waarin huisartsen de vaccins die ze reeds aan de patiënt toedienden, kunnen opslaan. Verder merkten de huisartsen geen opvallende verschillen op tussen zij die zich wel lieten vaccineren en zij die dat niet deden. Wel is het minder eenvoudig om bij sommige patiënten te achterhalen welke vaccins ze reeds gehad hebben. Dit is het geval bij personen met een buitenlandse herkomst van de eerste generatie, nieuwkomers zoals vluchtelingen. Hier is het gissen naar welke vaccins ze reeds toegediend kregen, daar deze niet werden opgenomen in 'vaccinet' of een ander programma. Zo haalt respondent R8 aan dat de patiënt vaak zelf niet meer weet welke vaccins hij/zij reeds toegediend kreeg of dat dergelijke informatie nergens in het land van oorsprong is geregistreerd. De meeste huisartsen lossen dit op door alle vaccins die ze nodig hebben, toe te dienen.

R8: *Ja, doen wij ook direct en zeker wij hebben ook vaak een allochtone populatie en vluchtelingen en die weten echt niet meer wanneer hun laatste vaccinatie is geweest, dus wij geven dat dan sowieso en ook ineens een boostrix (d.i. difterie-tetanus-kinkhoest, FT) vaccinatie. Wij, het is zo'n beetje schipperen van eum wat dat ge kunt doen hé.*
(Vrouw, 30j, forfaitair)

In de meeste huisartspraktijken hangen posters of liggen er flyers in de wachtzaal over het griepvaccin. Niet elke huisarts is er echter van op de hoogte dat het in zijn/haar wachtzaal aanwezig is. Slechts een beperkt deel van de respondenten geeft dan ook aan dat deze posters een trigger zijn voor de patiënten om naar een griepvaccin te vragen.

6.1.3.3 Gezondheidsbevorderende preventie

Naast deze twee ziektepreventieve methoden, wordt er binnen de verschillende huisartspraktijken ook ingezet op gezondheidsbevorderende preventie. Bijna elke

huisarts gaf aan regelmatig gezondheidsadvies te geven aan hun patiënten, zoals stoppen met roken, overschakelen naar gezonde voeding, meer lichaamsbeweging of minder alcohol consumeren. De helft van de huisartsen gaat bovendien verder dan enkel het uitdelen van adviezen maar organiseren zelf gezondheidsbevorderende activiteiten zoals het oprichten van een eigen wandelgroep, het geven van kooklessen op basis van gezonde voedingsmiddelen, het organiseren van infoavonden over gezond wonen of het starten van een rookstopcursus. Ook hier valt op dat de huisartsen die volgens het forfaitaire systeem werken zich hiervoor het sterkst inzetten. Zij die tewerkgesteld zijn in een wijkgezondheidscentra of bij geneeskunde voor het volk, organiseren vaker eigen preventie-activiteiten dan artsen die werken volgens een ander financieringssysteem. Zelf verklaren ze dit door de vrijheid die ze hebben om hun werkdagen te plannen. Ze moeten namelijk niet een bepaald aantal patiënten per dag zien om een volwaardig inkomen te bekomen waardoor er meer tijd is om preventie-activiteiten te organiseren. We laten R11 hierover even aan het woord.

R11: *Wij zouden nog veel meer aan preventie kunnen en moeten doen denk ik maar er wordt wel tijd voor gemaakt om daarover na te denken. En dat zit gewoon in uw pakket om daarover na te denken, terwijl anders die tijd dat ge niet betaald wordt (wanneer ge per prestatie werkt) ... dus ik zie daar wel heel veel voordelen in, zeker naar preventie toe.*
(Vrouw, 31j, forfaitair)

Respondent R1 die per prestatie werkt, stelt dat er een tijds- en financiële barrière is om binnen dit financieringssysteem uitgebreid aan preventie te doen.

R1: *Maar dat is een heel andere setting hé, zo'n centrum hé. Wij zijn allemaal kleine zelfstandigen en ge verdient wat ge presteert en dus ge probeert zo veel mogelijk te werken en eigenlijk als zij ons forfaitair gaan betalen, vind ik perfect, gewoon, dan kunt ge zeggen op u gemak ik doe zo veel mensen per dag en ik ga wat rond preventie werken en wat weet ik allemaal. Het systeem is niet zo echt, nee en wat dat betreft, ben ik een hele slechte preventieve.*
(Man, 52, per prestatie)

Wanneer huisartsen die in 'forfaitaire praktijken' werken preventie-activiteiten organiseren, trachten de meesten deze zoveel mogelijk aan te passen aan hun patiëntenbestand. De huisartsen bekijken samen welke ziektes of gezondheidsproblemen het vaakst voorkomen in hun praktijk en trachten daarop te anticiperen. Forfaitaire praktijken trekken doorgaans een specifieke doelgroep aan daar de patiënten gratis op consultatie kunnen komen. Zo werd uit de gesprekken duidelijk dat het voornamelijk

gaat om patiënten met een lagere sociaal-economische status en/of om personen met een buitenlandse herkomst. Deze populatie kampt vaak met overgewicht, luchtwegeninfecties en een slechte mentale gezondheid, aldus de respondenten. Ze roken ook vaak en bijkomend hebben personen met een buitenlandse herkomst vaker een tekort aan vitamine D. Daarmee bevestigen ze dus de bevindingen uit de literatuurstudie. Op basis van deze informatie worden er dan voornamelijk gezonde kookcursussen gegeven, wordt ingezet op beweging (bv. het organiseren van een eigen wandelgroep) en doet men extra onderzoek naar vitamine D, geeft men informatie over gezond wonen (bv. ongezonde woning werkt luchtwegeninfecties in de hand). Op die manier stemmen ze hun preventie-activiteiten af op de noden van hun patiëntenpopulatie zoals onder meer R11 en R8 aanhalen. Ook andere praktijken trachten dit te doen, maar in mindere mate.

R11: *En wij proberen toch ook altijd vanuit de consultaties de dingen.. van "oké zien jullie dat nu ook zoveel?" Om dan daar iets rond te proberen doen en mensen ook te blijven bevragen in de wachtzaal via fotootjes. We hebben nu met de griepvaccins eigenlijk hadden we gevraagd via prentjes waar dat ze in geïnteresseerd zijn om eens een sessie rond te doen.*
(Vrouw, 31j, forfaitair)

R8: *Wat dat hier belangrijk is, is dat we echt als een team werken, we proberen echt de patiënten vooruit te krijgen, dus. En ook een infobrochure over zwanger worden, ook een infoavonden om... het zijn zo echt thema's waar dat we in werken, dus dat kan volgende maand ook helemaal anders zijn. Maar daarin proberen we, en ook bijvoorbeeld wat dat ook heel moeilijk is om zo die allochtone populatie zo me sport te, ja gemotiveerd te krijgen en daar zitten we ook altijd achter dat er zo hier in het buurthuis, denk ik dat er echt van die sportsessies georganiseerd worden ook voor vrouwen van allochtone afkomst, want dat is ook heel moeilijk, want stel dat er een man bij is, dan.*
(Vrouw, 30j, forfaitair)

De opkomst voor deze gezondheidsbevorderende activiteiten is eerder laag. Patiënten tonen weinig tot geen interesse, zijn niet overtuigd van het nut ervan of hebben geen tijd om eraan deel te nemen. Het is ook niet eenvoudig om een patiënt ervan te overtuigen dat hij of zij een andere levensstijl moet aannemen. Een rookstopcursus zal op die manier niet altijd veel patiënten lokken. Dit maakt het moeilijk voor de arts om gemotiveerd te blijven om deze activiteiten te doen. R8 haalt aan dat ze deze lage opkomst tracht te verhogen door samen te werken met andere praktijken zodat ook zij hun patiënten kunnen aanmoedigen om deel te nemen aan deze activiteiten.

R8: *Ja, en we vragen ons met heel het team dan ook af van "hoe gaan we het doen, is het nog wel de moeite?". We evalueren ook altijd de vorige sessies van ja met dat roken dat waren er toen maar 3 geweest die het volledig hebben uitgezeten. En daarmee dat we het nu hebben gezegd van oké, nu doen we het gewoon voor heel Borgerhout.*
(Vrouw, 30, forfaitair)

Dit vraagt echter wel een grote organisatie en tijdsinvestering. Dit kan verklaren waarom artsen die per prestatie werken, minder interesse hebben om zulke activiteiten te organiseren. R14 stelt echter het volgende *"Dat is natuurlijk ook geen excuus om het niet te doen..."*.

Tot slot werd er aan de huisartsen gevraagd naar de manier waarop zij hun patiënten informeerden over deze preventiemethoden. Ook hier waren verschillen merkbaar naargelang het gehanteerde financieringssysteem. Waar de huisartspraktijken die per prestatie werken zich voornamelijk beperken tot een mondelinge aanmoediging en tot de referentie naar folders of posters in de wachtzaal, gaan forfaitaire praktijken actiever aan het werk door brieven rond te sturen over bijvoorbeeld het griepvaccin of nodigen ze patiënten uit voor een preventieconsultatie via mail, per brief of tijdens een andere consultatie. In de literatuur werd duidelijk dat een herhaaldelijke oproep of herinnering aan deze preventiemiddelen de responsgraad aanzienlijk kan verhogen. Hoewel de meeste huisartsen hiervan op de hoogte zijn, kiezen ze ervoor om deze investering niet te doen daar dit teveel tijd vraagt. Het bijhouden van informatie over wie wel reageerde op de brief en al dan niet interesse toonde/reageerde, vraagt dan ook een hele organisatie. R11 haalt tevens aan dat de kosten hiervoor hoog kunnen oplopen indien men een herinneringsbrief wil uitsturen.

R11: *Ja, ik denk wel dat als ge een herinnering stuurt dat de opkomst wel zal vergroten, maar ja dat is wel een hele organisatie, heel kostelijk.*
(Vrouw, 31j, forfaitair)

Het sturen van brieven kent ook zijn beperkingen. Zoals R4 aanhaalt, verstaan niet alle patiënten de Nederlandse taal of kunnen ze niet lezen. Om een meer cultureel competente preventieve zorgverlening te bekomen, moet men dus voornamelijk focussen op persoonlijke uitnodigingen, brieven in een aangepaste taal of werken met beeldmateriaal.

R4: *Nee, want ik moet eerlijk zeggen, mijn patiëntenpopulatie zijn ook heel veel mensen, allochtonen die de Nederlandse taal niet machtig zijn of die zelfs niet kunnen lezen en*

schrijven, en euh ja dan is dat heel moeilijk om via mail te sturen of briefjes naar huis te sturen, of iets in de wachtzaal uit te hangen.

(Vrouw, 35j, per prestatie)

6.2 Welke drempels ervaren huisartsen bij preventieve gezondheidszorg?

Het toepassen van bovenstaande preventiemethoden binnen de huisartspraktijken in Antwerpen blijkt in realiteit niet altijd even evident te zijn. Omdat duidelijke en ondersteunende richtlijnen voor het invoeren van deze preventie ontbreken, stoten zowel huisartsen als patiënten op verschillende barrières. In wat volgt trachten we een overzicht te geven van deze drempels. Naast de meer voor de hand liggende financiële barrière en tijdsbarrière is er omwille van de diversiteit in Antwerpen ook sprake van een culturele barrière en taalbarrière binnen deze preventieve gezondheidszorg.

6.2.1 Tijdsbarrière

Het implementeren van preventieve gezondheidszorg in een huisartspraktijk vraagt tijd, energie en een goede organisatie. Dit zijn, althans volgens een aantal respondenten, zaken die vaak ontbreken in huisartspraktijken. Omwille van een weinig gesystematiseerde preventie, doen zij voornamelijk aan preventie *“als we er tijd voor hebben”*, aldus R16. Wanneer patiënten op consultatie komen, heeft de arts 10 à 20 minuten de tijd om zijn of haar *“waslijstjes van vragen”*, zoals R6 het stelt, af te werken. Alleen als er na dit ‘waslijstje’ nog tijd over is, ziet de huisarts ruimte om te praten over preventie, zoals R5 aangeeft.

R5: *Nee, want er zijn mensen die zo maar één vraagske hebben en dan denkte... Allé wij hebben ongeveer twintig minuten per patiënt, ja sommigen hebben maar één vraag en dan zeg ik: Ah ja, ik ga nog eens naar uw dossier kijken enzo.*

(Vrouw, 33, forfaitair)

De situatie ‘dat er nog tijd over is’ komt echter te weinig voor waardoor men vaak niet toekomt aan de preventieve gezondheidszorgen. De respondenten geven over het algemeen aan dat de aanwezigheid van een praktijkassistent(e), (sociaal)-verpleegkundige of een secretaresse een grote hulp is/kan zijn bij het overbruggen van deze barrière. Zij kunnen immers de organisatie van preventie op zich nemen waardoor er op een meer systematische manier aan preventie kan gedaan worden. Enerzijds kunnen ze brieven of e-mails uitsturen naar patiënten om hen eraan te laten herinneren dat zij opnieuw moeten langs komen voor een vaccin, een uitstrijkje of een GMD+. Anderzijds kunnen zij de arts er zelf aan herinneren om hier naar te vragen tijdens de

eerst volgende consultatie. *"Die houdt dat wat in de gaten, van het is lang geleden.."* zoals R17 aanhaalt. Praktijkassistenten of (sociaal-)verpleegkundigen kunnen ook, zoals eerder aangehaald, zelf enkele preventieve gezondheidszorgen bieden zoals het toedienen van vaccins of het invullen van het GMD+. R2 geeft aan dat een verpleegkundige kan worden aangeworven voor routinebloedafnames. Hoewel bijna elke respondent voorstander is van een extra personeelslid in de praktijk die hen kan helpen bij preventieve gezondheidszorgen, gaat het om een vrij kostelijke zaak. In de woorden van R4: *'dat kost echt veel centjes hé'*. Het gebruik van een assistent(e) vraagt van de patiënt echter ook dat hij twee vertrouwensrelaties opbouwt. Hij of zij moet zijn of haar medische toestand bespreken met twee personen want niet voor iedereen een vanzelfsprekendheid is.

Deze tijdsbarrière komt vaker voor in solo- en groepspraktijken die per prestatie werken dan bij huisartsen in een forfaitaire praktijk. Wanneer men per prestatie werkt moet men een bepaald aantal patiënten per dag zien om een volwaardig loon te bekomen. Hoe korter de consultaties, hoe meer patiënten er kunnen langskomen. Op die manier is er niet veel ruimte voor preventie. Deze tijdsbarrière hangt dus ook samen met het financieringssysteem van de huisartspraktijk.

R10 *Ja, maar financieel brengt dat te weinig op hé, en... Ja dat is meestal, ah tien minuten een patiënt binnen, op tien minuten kunt gij niet een heel ding afsteken over euh... over preventie hé.*

(Vrouw, 33j, per prestatie)

6.2.2 Financiële barrière

Preventieve zorgen zijn doorgaans (bijna) gratis voor de patiënt. In dat opzicht is er niet vaak sprake van een financiële barrière langs de kant van de patiënt. Indien de arts opmerkt dat het remgeld toch te duur is, staan sommige artsen ervoor open om dit bedrag te laten vallen (zoals R2 hieronder aanhaalt) of geven ze staaltjes van medicatie mee aan de patiënt zodat ze niet naar de apotheker moeten. Dit komt echter niet zo vaak voor.

R2: *Ze komen bijna voor niets hé, ze komen voor 1 euro en als ze dat niet hebben dan mogen ze recht op zorgen hebben ook, als je ziet dat die euro echt een probleem is dan moet dat ook niet. Allé van die ene euro zal ik nu ook niet failliet gaan eh.*

(Vrouw, 60j, per prestatie)

Verder is het ook niet altijd eenvoudig om een patiënt te overtuigen om bij de huisarts langs te gaan wanneer hij/zij niet ziek is (maar men hier wel voor moet betalen). Zo moeten patiënten die een griepspuit wensen een afspraak maken bij hun huisarts en hier dus ook voor betalen (cf. enkel het remgeld). Een forfaitaire praktijk daarentegen doet deze financiële barrière teniet daar men ook geen remgeld dient te betalen. Het is onder andere om die reden dat preventie meer succes boekt in deze praktijken. Wanneer patiënten gratis naar de huisarts mogen voor een preventieconsult, ligt de drempel lager dan wanneer men hier wel voor moet betalen zoals R6 aanhaalt.

R6: *Ja, dat is een beetje het voordeel van een wijkgezondheidscentrum of een algemene forfaitaire praktijk. De mensen zijn ingeschreven, ze moeten dus niks betalen als ze op consult komen (...) ik denk dat als ik in een gewone praktijk zou werken, dat hangt er een beetje vanaf hé, als ge gewoon terugbetalingstarief zou vragen, dan valt dat nog mee. Sommigen moeten niet zo heel veel betalen, maar allé er is wat meer schroom denk ik om mensen voor zoiets dan terug te laten komen denk ik. (...) Allé of dat de dingen per prestatie systeem of dat dat de arts in eerste instantie weerhoudt om de vraag te stellen en het tweede is natuurlijk of dat dat de mensen weerhoudt om terug te komen.*
(Man, 53, forfaitair)

6.2.3 Cultuurbarrière

Een samenleving die gekenmerkt wordt door superdiversiteit, brengt per definitie een aantal cultuurverschillen met zich mee. Daar het patiëntenbestand van de meeste huisartsen in Antwerpen deze diversiteit reflecteert, krijgen ook de huisartsen te maken met deze culturele verschillen. In de literatuur werd duidelijk dat ziektebeelden, verwachtingspatronen, gezondheidsgedrag en het gebruik van gezondheidszorg varieert naargelang culturele achtergrond. Dat kwam ook tot uiting in de gesprekken. Immers, ook bij het uitoefenen van preventieve geneeskunde worden huisartsen met culturele verschillen geconfronteerd. We moeten hier echter een onderscheid maken tussen ziektepreventie (vaccins, kankerscreening, etc.) en gezondheidsbevorderende preventie (levensstijl aanpassen, voedingsgewoonten, minder roken, etc.). Waar er op vlak van ziektepreventieve gezondheidszorgen doorgaans geen opvallende verschillen zijn naargelang culturele achtergrond, is dit wel het geval bij gezondheidsbevorderende preventie die inzet op een gezondere levensstijl. Personen met een buitenlandse herkomst zijn moeilijker te overtuigen om meer te sporten, gezonder te eten of bijvoorbeeld te stoppen met roken. De respondenten verwijzen hierbij voornamelijk naar de Turkse en Marokkaanse patiënten, maar dat kan ook te maken hebben met het feit dat deze groepen nu eenmaal meer vertegenwoordigd zijn in hun patiëntenbestand. De

meerderheid van de respondenten wijzen erop dat nogal wat Turkse en Marokkaanse patiënten er een andere visie over gezondheid op nahouden. Zo zouden ze minder waarde hechten aan hun eigen gezondheidstoestand. R7 stelt wat dat betreft dat ze minder waarde hechten aan een gezonde levensstijl. R7 haalt echter ook aan dat deze patiënten een gebrek aan kennis hebben over wat gezond is en wat niet en over welke gevolgen ongezond voedsel met zich kan meebrengen. Afhankelijk van de cultuur heeft men ook andere gewoonten, zoals R7 aanhaalt. De familiale band is bij de Turkse en Marokkaanse cultuur erg belangrijk. Mensen brengen vaak (onverwacht) bezoeken aan elkaar – iets wat misschien toch wat contrasteert met de manier waarop ‘autochtone Belgen’ alles willen plannen (incl. familiebezoeken). Zo haalt R7 aan dat er vaak theekransjes gehouden worden waarbij veel zoetheid aan te pas komt.

R7: *Er wordt minder waarde gehecht aan gezond leven, dan voornamelijk naar eten toe en drinken, geen alcohol maar zoete dranken bedoel ik dan. Euh wordt er minder waarde aan gehecht. (...) Ik weet nu niet in het algemeen, maar ik heb de indruk dat er echt geweldig veel zijn met suikerziekte, als ze echt gecontroleerd zijn. En als ze het hebben, geen dieet volgen of niet de juiste pillen nemen, zelfs als het moet. Dat heeft me een beetje de beiden te maken denk ik. Kennis, maar ook die cultuur van overal suiker, Marokkaanse thee, ik denk dat de meeste, in zo'n klein glaske er zeker minstens 3 klontjes suiker in doen. Dus ja dat is een beetje een mix tussen kennis, een tekort aan kennis en de cultuur van zoet hé, ook die koekskes en zo. De vrouwen zitten ook thuis, dus waar houden die zich mee bezig, me andere vrouwen te laten komen, familie te laten komen met de kleine kindjes, dat is altijd thee en koekjes. Dat is niet 'gaan werken en met de middag alleen efkes pauze om te eten en daarna terug gaan werken', dus dat is heel de dag zo wat thuis zitten, mensen laten komen familie laten komen, dus ik denk dat dat ook daarmee wat te maken heeft.*
(Man, 30, per prestatie)

Ook R18 haalt aan dat personen met een buitenlandse herkomst andere waarden hebben en moeilijker te overtuigen zijn voor een andere annex gezondere levensstijl.

R18: *Nu... Bij anderstaligen is dat iets moeilijker omdat die ook andere normen hebben hé. Ik bedoel... Als ik daar over gewicht begin, dat is niet altijd... Nee. Nee, als ge zwarte mensen hebt die vinden gewicht... dat is standing hé. Dat is een kwestie van goed leven. Dat is heel moeilijk om die aan het verstand te brengen dat dik zijn niet zo heel gezond is.*
(Vrouw, 39j, per prestatie)

De gevolgen van deze ongezondere levensstijl zijn duidelijk merkbaar. Marokkaanse en Turkse patiënten kampen vaker met overgewicht en suikerziekte. 'Ja, zo suikerziekte dat komt echt wel meer voor bij Marokkaanse gezinnen' (R5). Deze patiënten staan ook

minder open voor gezondheidsadviezen. Ook uit de literatuurstudie werd dit reeds duidelijk. Huisartsen stellen dat de suggestie om bijvoorbeeld meer aan sport te doen om overgewicht te verminderen, voornamelijk bij de eerste generatie migranten moeilijk ligt omdat sport vaak *'gewoon not done'* is (R10). Het is bij preventieve gezondheidszorg dan ook belangrijk om voldoende op de hoogte te zijn van deze culturele verschillen zodat men hierop kan anticiperen. Om aan de hand van preventieve geneeskunde gezondheidswinst te verkrijgen is het met andere woorden noodzakelijk om, zoals R12 aanhaalt en in voorgaande paragrafen ook reeds duidelijk werd, de leefwereld van de patiënt te kennen.

R12: *Ja, belangrijk is van de leefwereld van die mensen te kennen. Ramadan, de dadels, de zoetigheden, ge moet het wel allemaal...*
(Man, 64j, forfaitair)

Deze ongezondere levensstijl kan echter niet alleen verklaard worden door een gebrek aan kennis of culturele gewoontes. Ook de sociaal-economische positie die ze innemen, hangt hier mee samen. Dit schetst R11 in het volgend tekstfragment over haar patiënten die *"voor 80% een buitenlandse herkomst hebben, en bijna allemaal ook behoren tot een lage sociaal-economische klasse"*.

R11: *Ik denk dat voeding sowieso bij allé patiënten die wij zien heel moeilijk is en dan vooral omdat wij een sociaal-economisch lage bevolkingsgroep hebben. (...) Dus ja ik vind dat moeilijk want voor hun om gezonde voeding te kopen is echt een opgave. En dus of dat nu net met hun cultuur te maken heeft... We proberen dat wel, zoals binnenkort gaan we een ontbijt doen voor de diabetespatiënten, en dat de mensen dan van hun eigen cultuur toch iets meenemen, zodat ze in hun eigen cultuur kunnen blijven eten maar dat ge toch probeert te zeggen van misschien daar of daar op letten, in plaats van dat ge anders zegt van ge moet dat en dat eten...*

Zoals R11 hierboven schetst, worden deze verschillen in gezondheidsgedrag tussen patiënten niet alleen verklaard door cultuur of het ontbreken van kennis, maar ook door de sociaal-economische klasse waarin men zich bevindt. Wel geven de meeste respondenten aan dat personen met een buitenlandse herkomst vaker dan autochtonen in deze lagere sociaal-economische klasse zitten. Dit gaat niet enkel gepaard met het eten van ongezonde voeding maar ook met meer roken, meer overgewicht en minder beweging. Ze nemen op die manier een risicopositie in waardoor het dus belangrijk is om de leefwereld van de patiënt in acht te nemen wanneer men aan preventieve geneeskunde doet. Wanneer men patiënten aanraadt om een gezondere levensstijl aan

te nemen, dan moet men ook rekening houden met het kostenplaatje van deze levensstijl. Een gezondere levensstijl is namelijk vaak geen goedkopere levensstijl *'want gezonde voeding is voor veel mensen in hun... Allé, ze hebben het gevoel dat dat duurder is'* (R15).

Patiënten die zowel in een lagere sociaal-economische klasse zitten als een andere culturele achtergrond hebben, zijn verder ook moeilijker te bereiken voor preventieve geneeskunde daar zij doorgaans "andere problemen" hebben en, zoals R15 stelt, is preventie *'niet hun eerste prioriteit'*. Een aantal huisartsen halen aan dat deze "andere problemen" zoals slechte woning, gebrek aan financiële middelen ook tot het preventiepalet behoren. Iemand die in slechte woonomstandigheden leeft, iemand die zwaarder werk uitoefent, zal vaker ziek zijn. Indien men dit wil voorkomen, moet men ook hier in investeren (R14).

R14: *Ik heb dat onlangs nog ergens gelezen in een opiniestuk ofzo van een arts, denk ik, die zei van: "Ge kunt niet aan preventie doen zolang dat mensen niet in een stabiele fase in hun leven zitten, qua woonst, qua situatie, qua papieren enzo".*
(Vrouw, 39j, forfaitair)

R14 is het echter niet helemaal met dit statement eens.. Hier reeds rekening mee houden is volgens haar al een zekere vorm van preventie op zich. Enkel zo kunnen preventiemaatregelen tot gezondheidswinst leiden. Zo haalt R15 aan dat het zeker zinvol is om naar meer te kijken dan naar enkel de gezondheidsstatus van de patiënt en dat er moet geprobeerd worden om de oorzaak te achterhalen.

R15: *Maar daar zit vaak een veel groter probleem op hé. Is er misschien iets thuis? Of daarvoor niet persé thuis, komt waarschijnlijk van uw werk... Ook een verschil. Dan gaan we kijken, is er iets binnen uw werk wat dat we kunnen doen... En dan gaat u kijken van, waar zit het probleem?*
(vrouw, 32j, forfaitair)

De problemen moeten dus vaak stap voor stap worden behandeld. Preventie vraagt met andere woorden een integrale aanpak om de beoogde uitkomsten te kunnen opleveren. Hierbij zijn opnieuw sterke verschillen tussen een praktijk die per prestatie tewerk gaat en een forfaitaire praktijk. Deze laatste onderneemt vaker initiatieven om de volledige leefwereld van de patiënt in kwestie te begrijpen en hierop te anticiperen. Zij handelen vaker naar het *social model of health* van Dalghren & Whitehead (1991) (zie

Bijlage 5). Hier verklaart men gezondheidsproblemen vanuit een brede context. Zowel tewerkstelling, opleiding, voeding, hygiëne, gezondheidsbeleid, woonomstandigheden en dergelijke worden in rekening gebracht. In de meeste forfaitaire praktijken, zoals wijkgezondheidscentra, zijn vaak ook personen uit verschillende disciplines aanwezig. Het gaat dan om groepspraktijken waarin niet alleen huisartsen werken maar ook psychologen, sociale assistenten, verpleegkundigen en dergelijke meer. Op die manier kunnen zij een meer integrale aanpak bieden dan praktijken waar deze personen uit deze disciplines niet voorhanden zijn.

Op vlak van ziektepreventieve gezondheidszorgen (vaccins, kankeronderzoeken, etc.) zijn er doorgaans geen opvallende verschillen naargelang culturele achtergrond. Mits voldoende duiding, lijken de verschillende bevolkingsgroepen in gelijke mate deel te nemen aan de preventiecampagnes of -activiteiten indien ze aangeboden worden door de arts. Volgens de respondenten geldt hier wel één uitzondering. Zo geven ze aan dat Afrikaanse patiënten (hiermee worden niet de Marokkaanse patiënten bedoeld), doorgaans minder openstaan voor preventie omwille van andere opvattingen over ziekte en gezondheid. R10 geeft aan dat zij in eerste instantie een huisartsbezoek zo lang mogelijk uitstellen zodat preventieve gezondheidszorg geen hulp meer kan bieden.

R10: Euh... Mijn ervaring is eigenlijk dat de Afrikaanse populatie vind ik zelf het moeilijkste om te bereiken qua preventie, omdat die ook al vaak pas komen als het eigenlijk al euh...

I: Te laat is..

R10: Ja, en dat zag ge ook (...) Ja, dat is ook wel wat typisch aan de Afrikaanse cultuur, die maken zich niet zo heel snel zorgen. Euh... Het is vaak ook niet echt een prioriteit denk. (...) Nee dat is wel een, dat vind ik wel een heel moeilijke groep om echt qua preventie te bereiken, ja.

(Vrouw, 33j, forfaitair)

Verder heeft een kwart van de respondenten ook de indruk dat patiënten met een Afrikaanse achtergrond niet achter het idee van preventieve geneeskunde staan. Zo stelt R8 het volgende: *'Maar ik moet zeggen inderdaad bij die zwart Afrikanen die doen het echt van oh maar ik voel toch niks, dus waarom zou ik een pilleke nemen'*. De huisartsen in dit onderzoek lijken dit vooral te verklaren door het gebrek aan kennis over het nut van preventieve geneeskunde. Een spuit krijgen voor een aandoening waarvan je niet zeker weet deze ooit te hebben, is iets dat ze maar moeilijk kunnen aanvaarden. Hierbij kan het nuttig zijn om een aangepaste manier van communicatie naar de patiënt toe te gebruiken. Sommige patiënten hebben een meer directere aanpak nodig, anderen net

niet. Elke patiënt is anders en daarom is een persoonlijk aanpak heel belangrijk. Er kan geen lijst gemaakt worden in de zin van: 'Bij die groep moet je het zus aanpakken, en bij die groep zo.' Vandaar het belang van de kennis over de leefwereld van de patiënt.

6.2.4 Taalbarrière

De variëteit in culturele achtergrond brengt ook een linguïstische diversiteit met zich mee. Hoewel bovenstaande barrières een groot knelpunt vormen voor preventieve gezondheidszorg, is het de taalbarrière waar huisartsen de meeste moeilijkheden mee ervaren. De taalbarrière vormt 'dagelijks' een uitdaging voor zowel de patiënt als de arts en beiden moeten een manier zien te vinden om met elkaar te communiceren. R6 stelt het zo:

R6: *Er is een taalbarrière en ge moet soms uw taal en uw grammatica heel sterk aanpassen en heel sterk vereenvoudigen. (...) Geneeskunde gaat over communiceren en dat is het belangrijkste hé.*
(Man, 53j, forfaitair)

Dit zorgt ervoor dat een consultatie met iemand die een andere taal spreekt, gemiddeld dubbel zolang duurt als een consultatie waarbij er geen taalverschil is. In de woorden van R6:

R6: *Ook omdat ge uw vertaling, dan duurt uw consult ja als het niet de helft langer is, dan toch niet 1, niet 2 keer zo lang, maar de helft langer. In plaats van 1 minuut, anderhalve minuut, maar.*
(Man, 53j, forfaitair)

Zoals reeds aangehaald, heeft een huisarts 10 à 20 minuten per patiënt de tijd om alles te overlopen. Indien er een taalbarrière is, rest er geen tijd meer om zich op de preventie te richten wanneer een huisarts handelt volgens de visie '*ik doe aan preventie wanneer ik er tijd voor heb*' (R16). Een oplossing hiervoor is het organiseren van een preventieconsult waarbij men de patiënt in kwestie enkel uitnodigt voor preventieve zaken. In een praktijk waar men per prestatie werkt, zal de drempel hiervoor hoger liggen dan in een forfaitaire praktijk. Veel interesse om naar de huisarts te gaan wanneer men niet ziek is, is er echter niet. Of, zoals R3 het stelt: '*als je het aanbiedt, zijn ze niet onder de indruk*'. Het is ook niet gemakkelijk om een patiënt te overtuigen van het nut van preventieve geneeskunde wanneer hij/zij de taal niet spreekt.

R11: *Euh zeker voor preventie is dat super moeilijk, want je moet dan uitleggen dat dat voor iets is dat zou kunnen komen in hun leven, dus ik probeer heel veel met beelden te werken en het dan proberen laten zien op de computer van daarom doen we dat. Dus dat zo uit te leggen dat ze dat visueel ook kunnen gebruiken en ik merk wel dat dat helpt als mensen dat kunnen zien. En heel veel geduld hebben en veel keer uitleggen, en dan kijken van heb je het nu echt begrepen of niet?*
(Vrouw, 31, forfaitair)

Naast het feit dat personen met een buitenlandse herkomst niet altijd de taal spreken, zijn sommige patiënten onder hen analfabeet. Dit maakt het voor de arts nog moeilijker om op een goede manier te communiceren met zijn/haar patiënt.

R14: *We hebben hier ook een heel aantal analfabeten, nog altijd.*
(Vrouw, 56j, forfaitair)

De taalbarrière zorgt er voor dat huisartsen minder vaak tot preventie toe komen. Om de taalbarrière te overbruggen worden er verschillende methoden gebruikt. Vaak nemen patiënten zelf het initiatief door een familielid of een vriend mee te nemen op consultatie. R3 hieronder schetst het zo:

R3: *Ja, soms is dat het kind, soms is dat familie, soms is dat een vriend. Dat wisselt.*
(Vrouw, 60j, solopraktijk)

Dit lost echter niet altijd alle problemen op. Ook de personen die meekomen, kunnen vaak niet voldoende Nederlands, Frans of Engels: *'Maar die praten niet altijd beter Nederlands of Engels'* (R11). Kinderen kunnen daarentegen beter Nederlands of Frans dan de oudere generaties. Echter, ook dit is geen ideale oplossing. De zaken die besproken worden bij de huisarts bevatten immers vaak vertrouwelijke informatie die kinderen niet altijd hoeven te weten. Zo geeft meer dan de helft van de artsen aan dat zij er niet mee gediend zijn indien een patiënt zijn of haar dochter of zoon laat instaan voor de vertaling.

R8: *Bijvoorbeeld gisteren was dat nog een oudere vrouw die komt met borstpijn en die haar zoon vertaalt. Ja, en dan moet ge dus delicate vragen stellen van: Is ze in de menopauze? Waar doet het pijn aan de borsten? Moet ge u uitkleden, die zoon is daar kei rood, knalrood gezicht van oh nee, mijn mama. Allé, dat is gênant hé.*
(...)

Da zijn heel, ja inderdaad en soms hebben wij ook, dat wij kinderen gewoon naar buiten sturen, want het is ni oké als een 6-jarige moet vertalen voor de mama met bloedingsproblemen, zwangerschapsproblemen, dat is gewoon ni oké, dat mag gewoon ni.
(Vrouw, 30, forfaitair)

Huisartsen zelf trachten dit op te lossen op verschillende manieren. Ze werken met meer beeldmateriaal, schakelen tolken in, maken gebruik van online vertalers of vragen hulp aan een van de collega's die mogelijk meer talenkennis heeft. Beeldmateriaal lijkt de meest eenvoudige manier om correct te kunnen communiceren. Maar, zoals in de literatuur naar voren kwam, is er niet zoveel beeldmateriaal voorhanden. Visualisatie zorgt er echter wel soms voor dat mensen sneller iets begrijpen. R6 tracht bijvoorbeeld datgene wat moeilijk in woorden te brengen is, aan te vullen met een tekening.

R6: *Met beelden kunt ge soms meer uitdrukken dan met woorden hé. Bijvoorbeeld, en wat ik vaak teken, is bijvoorbeeld mensen met hernia's hé. Ik teken dat, ik weet ni in hoeverre ze het begrijpen, maar ze zijn altijd content dat ik een tekeningske heb gemaakt.*
(Man, 53j, forfaitair)

Verder kunnen huisartsen ook werken met een tolkdienst. De telefoondienst 'Ba-bel' wordt dan ook vaak aangehaald. Dit is een Vlaamse tolkentelefoon die hulp biedt aan dienst- en hulpverlenende organisaties onder Vlaamse bevoegdheid. Verschillende huisartsen hebben hier in het verleden mee gewerkt. De artsen geven aan dat dit een grote hulp is en dat de consultaties er vlotter door verlopen.

R7: *Ik heb een studie gedaan toen dat ik nog student was naar telefoontolken binnen de huisartspraktijk, Ba-bel was dat, ja dat werkt dus gigantisch goed want ge begrijpt uwe patiënt in ene keer, maar dat is dan elke keer 10 minuten erbij wel.*
(Man, 30j, per prestatie)

Deze dienst is echter betalend geworden waardoor huisartsen hier niet zo vaak meer gebruik van maken daar zij zelf de kosten dienen te betalen. Zo haalt R7 aan dat hij zijn patiënten wil helpen waar mogelijk maar dat hij ergens de grens moet trekken zodat hij zelf niet teveel nadelen ondervindt.

R7: *Ge moet niet afgestraft worden als ge in een migrantenbuurt ga wonen (...) Ik wil daar ook wel geen nadeel gaan van ondervinden door minder te gaan verdienen en euh door dan te bellen naar Ba-bel en dat is dan bezet en dan moet ge wachten en ondertussen is uw wachtzaal vol.*
(Man, 30j, per prestatie)

Naast deze telefonische dienst kan men '*desnoods nen echte tolk*¹²' inschakelen, aldus R12. Deze neemt dan ook deel aan de consultatie. Dit is echter vrij duur waardoor hier niet zoveel gebruik van gemaakt wordt. Tot slot zijn er ook nog de online vertaalsites, wat bijzonder vaak gebruikt wordt in de huisartspraktijk. Deze diensten werken bovendien gratis en snel. De huisarts vertaalt enkele woorden waardoor de patiënt hem/haar beter kan verstaan. Ook de patiënt vertaalt met behulp van deze programma's enkele woorden of zinnen zodat de communicatie beter kan verlopen.

Een ander aspect is dat bijna alle campagnes, folders en informatiebrochures enkel beschikbaar zijn in het Nederlands of het Frans. Patiënten die niet voldoende Nederlands of Frans kunnen, worden ook op die manier belemmerd om deel te nemen aan preventieve gezondheidszorg. Sensibilisering heeft in dat opzicht weinig effect op hen. Slechts twee huisartsen gaven aan dat zij enkele folders hadden die in Arabische talen beschikbaar waren. Het waren in beide gevallen informatiebrochures over het gebruik van insulinespuiten voor patiënten met diabetes. De folders waren specifiek gericht op die doelgroep gezien het geweten is dat zij vaker met diabetes te kampen hebben. Deze folders werden echter gedrukt en verspreid door één bepaald bedrijf dat insuline spuiten levert aan huisartspraktijken.

6.3 Casus: het globaal medisch dossier plus

Domus Medica lanceerde in 2011 het 'globaal medisch dossier plus', een preventiemiddel voor personen tussen de 45 en 75 jaar. Tot op heden zijn weinig wetenschappelijke evaluatiestudies uitgevoerd van het GMD+ in de huisartspraktijk. Enkel in 2014 vond er een studie plaats naar het gebruik van het GMD+ in de huisartspraktijk waarna men het GMD+ vragenlijst licht vereenvoudigde (zie Bijlage 1). Hoewel dit GMD+ reeds enkele jaren bestaat, werd reeds na enkele interviews met huisartsen snel duidelijk dat het GMD+ niet altijd wordt gebruikt, met als gevolg dat de gesprekken over het GMD+ niet zo lang duurden. Dat verklaart meteen ook waarom we hierboven uitgebreid zijn ingegaan op de preventie in algemene zin. Infra geven we datgene weer wat de gesprekken over het GMD+ hebben duidelijk gemaakt. We starten met een algemene schets over het gebruik van dit preventiemiddel in de verschillende huisartspraktijken. Daarna bekijken we het bereik van dit preventiemiddel. Wie bereikt men en op welke manier? Vervolgens nemen we de verschillende preventieve thema's die aan bod komen

¹² Dit kan op verschillende manieren: de patiënt kan op afspraak komen waarbij er op voorhand reeds een tolk geregeld wordt (zowel de arts als de patiënt kunnen dit doen) of de arts kan tijdens de consultatie een tolk oproepen waar hij/zij vaker mee samenwerkt (dit gebeurt voornamelijk in ziekenhuizen).

in het globaal medisch dossier plus onder de loep. We sluiten dit deel af door de voor- en nadelen van dit preventiemiddel te bespreken.

6.3.1 Het GMD+ in de huisartspraktijk

Het globaal medisch dossier plus (Bijlage 2) bestaat uit een korte vragenlijst dat verschillende thema's behandelt en dat door de helft van onze respondenten in meer of mindere mate wordt gebruikt. Het is een vragenlijst die, naast een aantal standaardvragen over bloeddruk, lengte en gewicht, ook peilt naar alcoholgebruik, rookgedrag, mammografie, voedingsgewoontes en familiale anamnese. In de vorige versie van het GMD+ werd ook mentale gezondheid bevraagd, maar na een herziening van dit preventiemiddel werd deze vraag eruit gelaten. Elke respondent gebruikt echter nog de oude versie waardoor er bij het gebruik van dit GMD+ ook gevraagd werd naar de mentale gezondheid van de patiënt. In die zin betreft het GMD+, volgens vele respondenten, een betrekkelijk volledige vragenlijst over preventie. R2 zegt dit zo:

R2: *Ik denk dat dat wel iets heel volledig is, omdat, ge haalt er toch soms dingen uit, waar ge zelf ni aan denkt.*

(Vrouw, 43j, per prestatie)

Enkele huisartsen gaven aan dat het GMD+ een soort geheugensteun kan zijn om aan preventieve gezondheidszorg te doen. R2 spreekt over het GMD+ als '*iets waarmee je blinde vlekken ziet*'. Er komen vragen aan bod die een arts anders over het hoofd zou kunnen zien aangezien er tijdens een gewone consultatie niet altijd gevraagd wordt naar de vaccins die men reeds kreeg. Ook de familiale anamnese of het alcoholgebruik van de patiënt zijn zaken die niet altijd in een 'gewone consultatie' ter sprake komen. Het GMD+ stelt artsen in staat om deze vragen wel allemaal te stellen om hier vervolgens in de toekomst rekening mee te kunnen houden.

Wat ook hier weer opvalt, is dat het gebruik van een GMD+ varieert naargelang de manier waarop de huisartspraktijk is georganiseerd. De huisartsen die het GMD+ het meeste gebruiken, zijn diegenen die tewerkgesteld zijn in een forfaitaire praktijk. De reden, zoals we hoger al hebben toegelicht, heeft te maken met het feit dat er geen financiële barrière is die artsen ertoe belemmert om deze preventieconsultaties te organiseren.

6.3.1.1 Hoe gebruikt men het GMD+?

De manier waarop de vragenlijst wordt afgenomen, verschilt van praktijk tot praktijk. Uit de gesprekken blijkt dat er een drietal manieren zijn waarop de artsen het GMD+

gebruiken: (1) De patiënten worden uitgenodigd voor een preventieconsult waarbij de volledige vragenlijst wordt ingevuld; (2) de patiënten krijgen de vragenlijst per post en dienen deze bij een volgende consultatie ingevuld mee te brengen; of (3) de huisarts vult de vragenlijst in over verschillende consultaties heen. Een tablet waarop het GMD+ geïnstalleerd is, ontwikkeld door MTM zoals eerder aangehaald in de literatuurstudie, werd door geen enkele respondent gebruikt. Bij de afname en/of bij de verwerking van het GMD+ werden de meeste huisartsen bijgestaan door een (sociaal-)verpleegkundige of een praktijkassistent(e). Zo wordt het preventieconsult bij R15 afgenomen en besproken door de sociaal-verpleegkundige. Nadien wordt de huisarts op de hoogte gesteld van de risico's waarmee de patiënt te maken heeft.

R15: *En dat is de verpleging die dat doet, hebben we vanaf 50 jaar, bieden we aan patiënten ... of is het toch de bedoeling dat we dat aanbieden aan patiënten, een preventieconsult. Waarbij dat ze eigenlijk dan bij de verpleging komen, dat een vragenlijst wordt overlopen en dat er dan specifiek op maat naar de patiënt gekeken wordt van... wat is van voorgeschiedenis... welke medicatie moet ze nemen...*
(Vrouw, 39j, forfaitair)

Het ter beschikking hebben van een praktijkassistent(e) of een (sociaal-)verpleegkundige blijkt voor de artsen een stimulans te zijn om te werken met een globaal medisch dossier. Met uitzondering van één huisarts, gaven alle huisartsen in ons onderzoek die gebruik maken van het GMD+ aan dat ze worden bijgestaan door een praktijkassistent(e) of (sociaal-)verpleegkundige. Zoals hoger al aangegeven, zorgt de aanwezigheid van zo'n praktijkassistent(e) of verpleegkundige dat er binnen de eerstelijnszorg ruimte/tijd vrij komt om aan preventie te doen. Het voor de hand liggende nadeel is echter dat het dan wel gaat om een vrij kostelijk gegeven zoals eerder aangehaald. R4 verwijst daar als volgt naar:

R4: *Ja, en wie gaat dat betalen? (...) Dat is echt handig maar dat kost wel wat hé, dat kost echt veel centjes hé...*
(Vrouw, 35j, per prestatie)

Wanneer de huisarts beslist om een GMD+ af te nemen, kan dit tot een half uur duren, aldus de respondenten. Dit werkt echter niet bemoedigend voor de huisartsen daar zij in die tijd vaak niet één maar twee tot drie patiënten kunnen zien. Omwille van de hoge werkdruk is het gebruik van het GMD+ dan ook voor sommige artsen '*niet haalbaar*' (R5). Dit maakt dat huisartsen het invullen van deze vragenlijst over laten aan anderen of verspreiden over verschillende consultaties heen. Eens de vragenlijst is ingevuld, moet

er een persoonlijk preventieplan worden opgesteld. Zo kan er een mammografie worden gepland, of kan er een bloedafname worden gedaan of kan er een afspraak worden gemaakt voor een uitstrijkje, etc.

R18: *Ja, dan wordt er dus bloedafname gedaan, en dan komen zij eigenlijk terug bij ons voor de bespreking van het bloed en dan die resultaten bekijken we dan zo van ah rookstoppen, dus dan gaan wij na wat er moet gebeuren.*

(Vrouw, 30j, per prestatie)

Dit persoonlijk preventieplan verloopt volgens de meeste respondenten vrij vlot. Eens de patiënten overtuigd zijn om het globaal medisch dossier plus te laten opstellen, hebben de artsen de indruk dat deze patiënten ook open staan om de nodige onderzoeken te laten uitvoeren. Ook de laatste fase, namelijk de opvolging van de patiënt, verloopt volgens de huisartsen betrekkelijk goed. De meeste huisartsen geven in het dossier aan welke testen er werden gedaan en wat het resultaat was.

R8: *Ja, dat wordt ook in het plan duidelijk gezegd of welke behandeling dat ze al hebben gehad van mammo's, uitstrijkjes of foto's.*

(Vrouw, 30, forfaitair)

Verder blijkt uit de gesprekken met de respondenten dat het GMD+ niet altijd even gebruiksvriendelijk is in de huisartspraktijk. Zo zet de helft van de GMD+ gebruikers de vragenlijst naar eigen hand. Dit enerzijds om de overlap tussen GMD en GMD+ te vermijden. Een aantal antwoorden op vragen van het GMD+ werden reeds beantwoord tijdens voorgaande consultaties en in het algemeen globaal medisch dossier genoteerd zoals R7 weergeeft.

R7: *'Hebt u een te hoge bloeddruk?' Ja, ik weet dat, ik zie in mijne computer, 'oh ja die heeft een hoge bloeddruk' Ik heb dat al in mijn voorgeschiedenis geschreven. 'Hypertensie' ik moet dat helemaal niet vragen. (...) Ja ik heb dat dan nog helemaal veranderd eigenlijk zodat het toch een beetje bruikbaar is. (...) Ik heb dat dan in mijn programma gestoken. Om dat op te starten hebben ik zo een sjabloon dat op lijst dat en dat, dat is jaarlijks, dat tweejaarlijks, dan heb ik daar dan ingestoken en dat doe ik dan, dan laat ik dat uitrollen, maar ik doe dat niet aan de hand van de vragenlijst van de overheid, omdat ik vind, den helft weet ik al en moet ik dus niet meer navragen. Euh de mensen het zelf laten doen, ze gaan dat niet juist doen, allé toch zeker niet me ons publiek, of ze gaan heel veel vragen hebben, waar ge dan ook tijd mee verliest, euh dus ik doe het echt op mijn manier, inhoudelijk is dat helemaal hetzelfde.*

(Man 30j, per prestatie)

Anderzijds ervaren sommige huisartsen moeilijkheden bij het koppelen van de GMD+ informatie aan het GMD. Huisartsen maken niet allemaal gebruik van éénzelfde computerprogramma. Windoc, Medidoc en Health One zijn slechts enkele softwareprogramma's die huisartsen aanhaalden. Het GMD+ heeft echter een eigen softwarepakket waardoor beide vaak niet afgestemd zijn op elkaar. Ook hier brachten sommige huisartsen, zoals R18, verandering in. Zij paste het GMD+ formaat op een zulkdanige wijze aan dat het makkelijk kan worden geïmplementeerd in het eigen computersysteem. Echter heeft niet elke huisarts voldoende kennis over zulke zaken waardoor ze er geen gebruik van maken.

R18: *We hebben dat wel zelf een beetje aangepast. We hebben dat zelf geïntegreerd, dat we dat bruikbaarder kunnen maken.*
(Vrouw, 39j, per prestatie)

6.3.2 Wie bereikt men met het GMD+?

Hoewel niet elke huisarts duidelijke verschillen opmerkte tussen patiënten die al dan niet een GMD+ hebben, was het voor anderen wel duidelijk dat 'the worried well' of m.a.w. de hoger geschoolde, beter betaalde en meer gezonde burger, vaker interesse tonen om gebruik te maken van het GMD+. R9 stelt: '*Diegenen die het ni nodig hebben, die zitten hier en diegenen die het wel nodig hebben die zitten hier ni*'. Ook R13 merkt op dat diegene die het niet echt nodig hebben vaker een GMD+ bezitten en de gezondheidsvoorschriften correcter opvolgen. R13 verklaart dit voornamelijk door de taalbarrière. Het GMD+ is namelijk enkel beschikbaar in het Nederlands. Door de taalbarrière duurt de communicatie langer waardoor er minder tijd over blijft voor het GMD+ in te vullen.

R13: *Diegenen die het het minst nodig hebben volgens mij, die komen daarvoor het meest, die springen daar het meest correct mee om precies. Diegene die het willen dan neem je nu is tijd voor dit en nu is tijd voor dat en dan doe je ne GMD+ en dan blijkt dat in orde te zijn. Dat hangt van uwe persoon af die ge voor u hebt hé. En als migranten denk ik dat we daar een groot deel in missen. Ja dat is me de taalbarrière, het leesprobleem euh ja.. (...) Ge hebt er een heel deel hier die de taal niet spreken, die altijd iemand moeten meebrengen van de kinderen om te tolken en dan wordt dat wel moeilijk en dan duren die consulten al langer en dan komt ge er minder makkelijk toe.*
(Vrouw, 56j, per prestatie)

De verschillen op basis van financieringssysteem zijn ook hier weer duidelijk. Artsen die werken volgens het forfaitair financieringssysteem hebben meer middelen en tijd om zich in te zetten voor het GMD+ en zoveel mogelijk mensen hiermee te bereiken. Zo sturen sommigen herhaaldelijk brieven uit en/of worden de patiënten die niet reageerden opgebeld en alsnog uitgenodigd voor een preventieconsult. Op die manier wordt neemt de de opkomst van het GMD+ toe. R8 schetst deze situatie als volgt:

R8: Maar ik moet wel zeggen, dat is natuurlijk, ik denk dat dan wel geïntegreerde allochtonen al wat meer waren, die die brief al begrepen in de eerste plaats, maar er waren er ook anderen die dan met een tolk kwamen van ah wat betekent dat, ik bedoel gewoon het GMD+. Dus ik vond dat nog niet zo, van ja dat dat zich ervan weerhield om tot hier te komen. En wij zijn nu ook bezig met diegenen die dan niet geantwoord hebben op hun brieven, die zijn we nu aan 't opbellen om dan toch nog te komen. Dat is eigenlijk, ik denk dat dat toch het uitgangspunt is van de een wijkgezondheidscentrum om daar echt achter te zitten. Een beetje achter de veren van de patiënten te zitten in de plek van te komen als ze gewoon ziek zijn.
(Vrouw, 30j, forfaitair)

Op die manier hangt de hoeveelheid patiënten die een GMD+ hebben ook af van de inzet van de huisarts. Het GMD+ vraagt, zo beschouwd, “een actievere rol” van de huisarts (R1). Deze actievere rol is, dankzij de vaak vermelde werkdruk, niet altijd eenvoudig te realiseren waardoor huisartsen de indruk hebben sommige mensen hierdoor te missen. Hoe actiever een huisarts inzet op preventie, hoe meer mensen hij of zij zal bereiken.

6.3.3 De thema's van het GMD+

Zoals hierboven reeds vermeld, is het GMD+ een volledige vragenlijst waarbij heel wat gezondheidsthema's worden aangekaart. Zowel de standaardvragen naar gewicht en lengte staan erin, maar ook vragen die peilen naar alcoholgebruik, mentale gezondheid en de familiale geschiedenis komen aan bod. Uit de gesprekken met de huisartsen blijkt dat elk van deze thema's bespreekbaar is met de patiënten. Eén thema, namelijk mentale gezondheid, blijkt wel gevoeliger te liggen, zeker bij mensen met een buitenlandse herkomst. Zo halen bijna alle artsen aan dat het vaak gebeurt dat mensen met een buitenlandse herkomst op consultatie komen met klachten over 'duizeligheid' of 'hoofdpijn' en niet doorhebben of althans niet luidop willen toegeven dat de klachten eigenlijk van psychologische aard zijn. R17 stelt dit zo:

R17: *Een Belg komt binnen, "ik voel mij depressief", en die [mensen met een buitenlandse herkomst, FT] komen binnen van "ik ben moe", "ik heb hoofdpijn", euh ja en die zien de link niet altijd direct. Terwijl nen Belg dat echt wel sneller ziet...*
(Vrouw, 31j, per prestatie)

Artsen merken dat er over 'mentale gezondheid' nog een groot taboe aanwezig is, meer dan bij de autochtone bevolking. In de woorden van R14:

R14: *Over psychiatrische ziekten bijvoorbeeld zien we hier ook wel veel, dat veel bij mensen... Dat is nog altijd heel erg grote taboe in veel culturen. Mensen die daardoor verstoten worden, euh... Mensen die schrik hebben om als zot of als gek bestempeld te worden, euh... Om opgesloten te worden, zo'n dingen. Allemaal heel erg gekleurd.. omwille hetgeen dat zij hebben meegemaakt of hebben zien gebeuren in het land van herkomst, ja. Hm.*
(Vrouw, 39j, forfaitair)

Ook R7 vermeldt in dit geval ook dat er een zekere vorm van 'trots' aanwezig is die ervoor zorgt dat men niet over de mentale gezondheid wil/kan/durft praten.

R7: *Euh, die standaard komen met functionele klachten hé hoofdpijn, draaiingen, hartkloppingen, benauwd gevoel, pijn in de rug, de typische stressmatige klachten, eh iedereen die af en toe stress heeft kan dat direct herkennen wat dat ik allemaal zeg. Allé den ene heeft meer hoofdpijn, den andere heeft meer een benauwd gevoel. Maar die daar dan toch echt niet door willen kijken, niet willen toegeven dat het door stress is en door wat depressie. Dat heeft dan misschien wel iets cultureel te maken dat ze dat dan toch niet mogen toegeven. (...) Globaal gezien niet, maar ik kan mij toch wel echt een paar voor de geest halen waarvan dat ik ja die moeten toch wel de schijn hoog houden, die mogen niet toegeven dat ze het niet aankunnen. Euh en die zullen dan ook na een maand terug gewoon voor hun hoofdpijn komen en een dafalgan krijgen en dan naar huis gaan, terwijl dat ze eigenlijk wel moeten beseffen dat ze onderliggend gewoon, dat er te veel gevraagd wordt van hen en dat ze dat eigenlijk niet aankunnen, wat dat normaal is. Maar dus, er wordt misschien vanuit de omgeving of misschien vanuit hun zelf dat ze dat toch niet mogen toegeven dat ze het niet aankunnen. Euh... Ge hebt dat bij oude Belgen ook, euh mensen die niet door die schors willen van het is lichamelijk, euh dus eigenlijk is dat een somatisering noemen we dat. Euh maar das toch een beetje anders dan. Euh.. Ik denk dat er bij sommige allochtone mensen, die fierheid dat dat toch nog ietske meer ne rol speelt dan bij die oude Belgen.*
(Man, 30j, per prestatie)

Hoewel mentale gezondheid geen gemakkelijk bespreekbaar thema is, is het wel belangrijk dat het met de patiënt besproken wordt. Zo stelt R16 het volgende: 'Ik werk

meestal met allochtonen, ze zitten in diepe stress en depressie en problemen. Mentale gezondheid hier in mijn praktijk een van de meest belangrijkste'. Een zwakkere mentale gezondheid bij personen met een buitenlandse herkomst is dus een vaak voorkomend probleem. Deze mensen hebben, volgens de respondenten, niet altijd een eenvoudig verleden (zoals R14 hierboven aanhaalt), maar ook in het hic et nunc worden ze vaak met allerlei problemen geconfronteerd. De artsen zijn zich daarvan bewust en geven aan dat ze op een veeleer indirecte wijze over de mentale gezondheidstoestand praten. Zo stellen ze indirecte vragen teneinde een zeker inzicht te krijgen in de leefwereld van de patiënt. Ter illustratie laten we R12 even aan het woord:

R12: *Ja dat is, ik vraag altijd twee dingen, hoe gaat het me u? of drie dingen, hoe gaat het thuis? En hoe gaat het op het werk? Ja..*
(Man, 64j, forfaitair)

Hoewel quasi alle respondenten in het onderzoek die het GMD+ gebruiken aanhalen dat het GMD+ een goed instrument is om mentale gezondheid bespreekbaar te maken, is de vraag die peilt naar mentale gezondheid in de nieuwe versie van het GMD+ weggelaten. Dit omdat er weinig wetenschappelijke literatuur voorhanden zou zijn die aantoonde dat bijvoorbeeld depressie moeilijk te voorkomen is aan de hand van preventieve geneeskunde¹³. Daar in schier alle huisartspraktijken nog met de oudere versie van het GMD+ wordt gewerkt, wordt er nog steeds over mentale gezondheid gesproken. Respondenten geven dan ook aan dat ze het jammer vinden dat deze vraag uit het GMD+ werd weggelaten *"Ik vond da eigenlijk wel leuk. Ik vond da handig om zo eens bespreekbaar te maken"* (R18).

¹³ Dit werd duidelijk gemaakt door de begeleidingscommissie die plaats vond op 20/10/2015.

7 BESLUIT

Met dit kleinschalig onderzoek hebben we getracht om verbanden en sociale processen binnen de preventieve geneeskunde te begrijpen en te verklaren in een samenleving die gekenmerkt wordt door superdiversiteit. Het kwalitatieve onderzoek is gebaseerd op 18 semi-gestructureerde interviews met huisartsen in Antwerpen waarbij drie thema's centraal stonden. Vooreerst hebben we ons gericht op de vragen: hoe vindt preventieve geneeskunde plaats in de huisartspraktijk (en dan met name bij cliënten met een buitenlandse herkomst)? Welke methoden gebruiken huisartsen hiervoor? Wie bereiken ze en hoe positioneren zij zichzelf binnen de preventieve gezondheidszorg? Het tweede thema gaat over de knelpunten die huisartsen ervaren wanneer ze al dan niet aan preventieve geneeskunde (bij mensen met een buitenlandse herkomst) doen. We vroegen hen welke barrières ze ervoeren en hoe ze deze probeerden te overbruggen. Een derde en laatste thema heeft betrekking op het preventiemiddel dat door Domus Medica in 2011 gelanceerd werd, namelijk de vragenlijst Globaal Medisch Dossier Plus (GMD+). We vroegen aan de huisartsen hoe ze het GMD+ gebruikten, welke barrières ze hierbij ervoeren en wie ze hiermee voornamelijk bereikten. De resultaten van de analyses trachten we nu kort samen te gieten in een besluit.

Preventieve gezondheidszorg in de huisartspraktijk

De interviews stelden ons in eerste instantie in staat om de algemene preventieve geneeskunde binnen de eerstelijnszorg, in een samenleving die gekenmerkt wordt door superdiversiteit, te schetsen. Deze preventieve gezondheidsverlening behoort tot de basistaken van een huisarts. Hij/zij staat namelijk in voor het verspreiden van informatie (welke onderzoeken zijn er, welke vaccinaties kan men krijgen, wat is een gezonde levensstijl, etc.), het aansporen van hun patiënten om deel te nemen aan preventie-activiteiten, het voeren van gezondheidspromotie en uiteindelijk staan ze ook in voor het uitvoeren van de meeste preventieve zorgverlening (bloedafname, uitstrijkje, vaccin etc.). De meeste respondenten erkennen deze centrale rol maar delen deze vaak met een praktijkassistent(e) of (sociaal) verpleegkundige. Wanneer de arts de mogelijkheid heeft om de taken te delen, kan de preventie op een meer georganiseerde manier verlopen. Het ter beschikking hebben van een assistent(e) in de huisartspraktijk wordt dan ook als een groot pluspunt gezien, maar hiermee gaat natuurlijk wel een kost gepaard. De helft van de respondenten gaf aan te kunnen rekenen op de hulp van een assistent(e) of een verpleegkundige.

Er zijn verschillende manieren om aan preventie te doen in de huisartspraktijk. Het deelnemen aan campagnes, het geven van vaccins, het houden van preventieconsultaties, het organiseren van gezondheidsbevorderende activiteiten (zoals wandelgroepen, kookcursussen, etc.), het aanbieden van workshops, het opstellen van een globaal medisch dossier plus. Deze methoden blijken pas nuttig en efficiënt te zijn wanneer er een goede arts-patiënt relatie tot stand gebracht is. Wanneer een patiënt voor de eerste keer langs komt bij de huisarts, praten de respondenten nauwelijks over preventie. Pas wanneer er een vertrouwensrelatie is opgebouwd, wordt de poort naar preventieve gezondheidsverlening geopend. In een superdiverse samenleving is dit echter een uitdaging. Zo geven huisartsen aan dat de taal- en cultuurbarrière bij personen met een buitenlandse herkomst vaak in de weg staat. Wanneer deze relatie echter gevormd is, blijken er, op vlak van ziektepreventie, weinig moeilijkheden te zijn. De bevolkingsonderzoeken en het geven van vaccins verlopen, aldus de respondenten, vrij vlot – zeker wanneer er ook een beroep kan worden gedaan op de hulp van een assistent(e). De artsen geven aan dat het wel vaker *the worried well* zijn die de meeste interesse tonen in ziektepreventie. De bevolkingsonderzoeken worden in eerste instantie georganiseerd door de overheid zelf (cf. door middel van brieven). Maar patiënten komen regelmatig langs bij de huisarts om meer informatie te vragen over brieven die ze toegestuurd krijgen. Hierbij gaat het voornamelijk om personen die de taal niet spreken en/of een lagere sociaal-economische status hebben. Zij hebben moeilijkheden met het begrijpen van de inhoud en de intentie van de brief. Het geven van vaccins verloopt vlot, alsook de opvolging ervan. Het blijft wel een groot probleem om te weten te komen welke vaccins personen met een buitenlandse herkomst reeds gekregen hebben. Extra onderzoeken zijn nodig om te achterhalen welke vaccins een persoon reeds gekregen heeft.

In tegenstelling tot de ziektepreventie, is gezondheidsbevorderende preventie niet bij alle patiënten even succesvol. Het geven van gezondheidsadvies in verband met roken, gezonde voeding, lichaamsbeweging of alcoholconsumptie blijkt moeilijker bij personen met een buitenlandse herkomst, in het bijzonder bij patiënten met een Turkse en Afrikaanse (incl. Marokkaanse) achtergrond. De respondenten verklaren dit voornamelijk door een verschil in culturele waarden, normen en gewoonten. Niet alleen zouden deze patiënten eigen gezondheid als minder prioritair zien, tevens hebben ze andere ziektebeelden waardoor ze er een zwakkere gezondheidstoestand op nahouden. Sommige huisartsen (zij die volgens een forfaitair financieringssysteem werken) trachten hierop te anticiperen door extra in te zetten op gezondheidsbevorderende activiteiten. Zo beperken zij zich niet tot het geven van adviezen, maar worden er ook kookcursussen,

wandelgroepen of infoavonden georganiseerd. Hoewel deze activiteiten dermate zijn afgestemd op de noden van hun patiënten, blijkt de opkomst eerder laag te zijn.

Het meest opvallende resultaat is dat de antwoorden betreffende preventieve gezondheidszorg in de huisartspraktijk sterk samenhangen met het financieringssysteem waarmee die praktijk werkt: forfaitair of per prestatie. Huisartsen die werken volgens het forfaitair financieringssysteem focussen zich meer op preventieve gezondheidszorg. Ze organiseren kookcursussen, starten wandelgroepen op, geven infoavonden en zetten zich ook meer in om zoveel mogelijk patiënten te bereiken door brieven rond te sturen of patiënten persoonlijk op te bellen voor een preventieconsult. Verder blijken ze ook meer gemotiveerd om aan preventie te doen en hebben ze een ruimere en bredere visie ten aanzien van preventie dan huisartsen die per prestatie werken. Bovendien brengen zij ook meer de sociale context van de patiënt (zoals woon-, leef- en arbeidsomstandigheden) in rekening. Deze verschillen tussen beide financieringssystemen worden voornamelijk verklaard door de beschikbare tijd en middelen om aan preventie te doen. Immers, omdat forfaitaire praktijken niet afhankelijk zijn van het aantal verrichte prestaties per dag, kunnen de artsen hun dagen anders indelen en kunnen ze meer inzetten op preventie. Bovendien is ook de financiële drempel langs de kant van de patiënt lager, daar men in deze praktijken niet dient te betalen voor een consultatie (en dus bijvoorbeeld ook niet voor een vaccinatie).

Drempels binnen de preventieve gezondheidszorg

Het implementeren van preventieve gezondheidszorg in een huisartspraktijk vraagt tijd, energie en een goede organisatie. Dit zijn, althans volgens een aantal respondenten, zaken die vaak ontbreken in huisartspraktijken. Het voeren van een preventiebeleid botst in de realiteit dan ook vaak op een aantal barrières. De eerste barrière is de *tijdsbarrière* die vrijwel in elke huisartspraktijk terug te vinden is. Huisartsen verlenen doorgaans eerst curatieve zorgen vooraleer ze aan preventieve zorgverlening kunnen doen. Mensen gaan bovendien pas naar de huisarts wanneer ze ziek zijn en dus curatieve gezondheidszorgen nodig hebben. Door de aandacht die de arts tijdens de consultatie aan de curatie moet geven, is er nauwelijks tijd om het thema van de preventie aan te raken. Het merendeel van de huisartsen geeft aan dat ze pas aan preventie doen wanneer er tijd over is (en dus meestal pas op het einde van een consultatie). Wanneer men binnen de tijd van de standaardconsultatie (10 à 20min) niet toekomt aan preventie, valt 'preventie' dus vaak weg. Het systematisch implementeren van preventie door middel van een specifieke preventieconsultatie vraagt met andere woorden veel tijd en een goede organisatie. Wanneer de huisarts hier hulp krijgt van een

praktijkassistent(e) of een verpleegkundige wordt deze tijdsbarrière voor een deel beperkt daar zij een deel van de preventieve gezondheidsverlening op zich kunnen nemen. Deze tijdsbarrière komt vaker voor (of lijkt althans prangender te zijn) in solo- en groepspraktijken die per prestatie werken dan bij huisartsen in een forfaitaire praktijk. Wanneer men per prestatie werkt, moet men een bepaald aantal patiënten per dag zien om een volwaardig loon te bekommen. Hoe korter de consultaties, hoe meer patiënten er kunnen langskomen. Op die manier is er niet veel ruimte voor preventie.

Naast de tijdsbarrière, is er de *financiële barrière*. Preventieve geneeskunde is niet geheel gratis wat voor sommige patiënten een duidelijke barrière is om naar de dokter te gaan voor enkel een vaccinatie. Hiervoor dient de patiënt in een praktijk die per prestatie werkt gemiddeld 25€ te betalen (waarvan er wel circa 75% wordt terugbetaald) om een prik te laten zetten. Huisartsen merken op dat dit voor sommige patiënten toch een struikelblok is. In forfaitaire praktijken valt deze financiële barrière weg.

Een derde knelpunt binnen preventieve geneeskunde is de *cultuurbarrière*. In de literatuurstudie van Deel 1 werd duidelijk dat ziektebeelden, verwachtingspatronen, gezondheidsgedrag en het gebruik van gezondheidszorg varieert naargelang de culturele achtergrond. Dat kwam ook duidelijk tot uiting in de gesprekken. Er blijken voornamelijk culturele verschillen te zijn op het vlak van gezondheidsbevorderende preventie en minder op vlak van ziektepreventie. Personen met een buitenlandse herkomst zijn moeilijker te overtuigen om meer te sporten, gezonder te eten of bijvoorbeeld te stoppen met roken. Ze staan met andere woorden minder open voor een andere annex gezondere levensstijl dan de personen van Belgische herkomst. We moeten hier echter een kanttekening plaatsen. De keuze voor een gezondere levensstijl hangt immers niet enkel af van iemands wil, interesse of cultuur. Een gezondere levensstijl is immers niet meteen een goedkopere levensstijl. Sporten is bijvoorbeeld meestal niet gratis. Iemands sociaal-economische status heeft met andere woorden ook een invloed op het gezondheidsgedrag. Personen met een buitenlandse herkomst hebben vaker een lagere sociaal-economische positie waardoor deze twee barrières (culturele en financiële aspecten) vaak samen voorkomen. Omwille van die reden is het belangrijk om ook de sociale context van de patiënt in rekening te brengen. De meeste forfaitaire praktijken trachten hierop te anticiperen door bijvoorbeeld een gratis wandelgroep op te richten zodat iedereen hieraan kan deelnemen en aan een gezondere levensstijl kan werken.

De variëteit in culturele achtergrond brengt ook een linguïstische diversiteit met zich mee. Het is deze *taalbarrière* waarmee huisartsen de meeste moeilijkheden ervaren. Een goede communicatie vormt dagelijks een uitdaging voor zowel de patiënt als de arts. Om

de taalbarrière te overbruggen worden er verschillende methoden gebruikt. Zo nemen patiënten soms zelf het initiatief door een familielid of een vriend mee te nemen naar het medisch kabinet van de arts. Dit lost echter niet altijd alle problemen op daar andere familieleden of vrienden niet altijd beter Nederlands spreken. Sommige patiënten doen ook een beroep op hun kind als tolk tijdens de consultatie. Hoewel de kinderen de Nederlandse taal vaak wel machtig zijn, geven huisartsen aan dat het niet evident is om met kinderen medische zaken te bespreken, zeker wanneer het persoonlijke of precare informatie betreft. Daarnaast kan er ook gebruik gemaakt worden van tolkendiensten. Zowel telefonisch, online als tijdens de consultatie zelf kan men hierop beroep doen. Hieraan hangt echter een financieel plaatje vast dat de keuze voor deze professionele vertaaldiensten belemmert. Huisartsen trachten de communicatieproblemen soms ook op te lossen door het gebruik van beeldmateriaal. Aan de hand van beelden lukt het soms beter om bepaalde medische zaken te verduidelijken. Tenslotte zijn ook online vertaalsites populair. Huisartsen vinden het vooral efficiënt en snel in gebruik. Het vertalen van slechts enkele woorden kan reeds voor veel verduidelijking zorgen. Ondanks deze 'middelen' kan de duur van een consultatie bij personen die een andere taal spreken tot drie keer zoveel tijd in beslag nemen. Rekening houdend met bovenstaande tijdsbarrière, komt substantiële preventieve zorgverlening dus vaak niet aan de orde. Ook hier weer biedt een forfaitaire praktijk een betere oplossing dan huisartsen die per prestatie werken. Zij hebben namelijk minder tijdsdruk waardoor ze meer kunnen investeren in de manier van communiceren.

Het globaal medisch dossier plus

Domus Medica lanceerde in 2011 het 'globaal medisch dossier plus', een preventiemiddel voor personen tussen de 45 en 75 jaar. Dit is een vragenlijst die peilt naar de huidige gezondheidstoestand van het individu en die aangeeft welke risicopositie de persoon in kwestie inneemt en welk preventieplan deze al dan niet dient te volgen (zie Bijlage 2). Deze vragenlijst had als doel om preventieve gezondheidszorg in de huisartspraktijk te systematiseren. Het GMD+ wordt echter niet door elke huisarts gebruikt. Slechts de helft van de respondenten gaf aan hier min of meer gebruik van te maken binnen hun huisartspraktijk. Zij gaven aan dat het GMD+ een nuttig instrument was dat hen eraan deed herinneren een aantal zaken te bevragen die men normaal niet zou bevragen. Zij die hiervan gebruik maken, doen dit voornamelijk met behulp van een praktijkassistent(e) of een (sociaal) verpleegkundige. Zij vullen dan samen met de patiënt de vragenlijst in die nadien (normaliter) samen met de huisarts besproken wordt. De huisarts kan de vragenlijst echter ook opsturen naar de patiënt thuis. Bij een volgende consultatie kan de patiënt de ingevulde vragenlijst dan meebrengen. Tenslotte

kan de huisarts het GMD+ over verschillende consultaties aanvullen. Ook hier zijn er verschillen tussen 'forfaitaire huisartsen' en 'per prestatie gerichte huisartsen'. Hoewel het voornamelijk gaat om forfaitaire huisartsen die gebruik maken van het GMD+, merken we dat de huisartsen die per prestatie werken zich minder inzetten om de responsgraad te verhogen.

Wanneer huisartsen aangaven dat ze wel gebruik maakten van het GMD+, stelde de helft dat ze dit instrument (lichtjes) hadden aangepast om het zo meer bruikbaar te maken binnen hun praktijk. Een van de voornaamste redenen hiervoor was de overlap tussen het algemeen globaal medisch dossier (waarin de medische informatie van een patiënt opgeslagen wordt) en het GMD+. Vragen naar gewicht, bloeddruk, familiegeschiedenis, etc. komen namelijk in beide dossiers aan bod. Huisartsen vinden het dan niet nuttig om deze vragen opnieuw te stellen waardoor ze deze dan ook blanco laten of verwijderen uit de vragenlijst. Een andere reden om het GMD+ wat aan te passen, had te maken met de softwareproblemen die huisartsen ervoeren. Huisartsen werken niet allemaal met eenzelfde softwareprogramma waardoor het GMD+ niet overal eenvoudig in het digitale systeem geïntegreerd kan worden. Sommige huisartsen creëerden dan binnen hun eigen computersysteem een eigen GMD+.

Daar dit GMD+ een preventiemiddel is, kampen artsen bij het gebruik ervan met dezelfde vier barrières die hierboven reeds werden beschreven. Voornamelijk de tijdsbarrière speelt een grote rol. Het GMD+ neemt gemiddeld een half uur tijd in beslag waardoor voornamelijk huisartsen per prestatie gedemotiveerd zijn.

Het GMD+ is volgens de gebruikers een behoorlijk volledige vragenlijst die voldoende verschillende gezondheidsthema's aan bod laat komen. Deze thema's zijn volgens de huisartsen gemakkelijk te bespreken met de patiënt. Eén thema, namelijk 'mentale gezondheid', vormt hierop de uitzondering. Dit thema lijkt voornamelijk gevoelig te liggen bij mensen met een buitenlandse herkomst. Zo halen bijna alle artsen aan dat het vaak gebeurt dat deze patiënten op consultatie komen met klachten over 'duizeligheid' of 'hoofdpijn' en niet doorhebben of althans niet luidop willen toegeven dat de klachten eigenlijk van psychologische aard zijn. Wanneer hen de vraag over depressie (de vraag die in het GMD+ over depressie gaat) wordt gesteld, dan gaan ze er niet gemakkelijk op in. De huisartsen verklaren dit door het taboe rond mentale ziekten. Ondanks het feit dat de patiënten er niet altijd makkelijk en openlijk over spreken, trachten de huisartsen toch op een subtiele wijze naar de mentale gezondheidstoestand te peilen. Op die manier proberen ze een beter zicht te krijgen in de oorzaak van de somatische klachten.

8 BELEIDSAANBEVELINGEN

De samenleving is in toenemende mate superdivers geworden. Dit heeft implicaties voor de (preventieve) gezondheidszorg. Op grond van ons onderzoek kunnen we een aantal beleidsrelevante aanbevelingen formuleren. We lijsten ze hieronder puntsgewijze op.

(1) Hoewel de meeste preventieve gezondheidsvoorzieningen zoals kankerscreenings, uitstrijkjes, vaccins en dergelijke voor iedereen beschikbaar zijn, wordt daar niet door elke bevolkingsgroep in gelijke mate van gebruik gemaakt. Op grond van die bevinding lijkt het dan ook nodig dat personen met een buitenlandse herkomst meer adequate en duidelijke informatie krijgen over het Vlaamse preventiebeleid, de intentie (cf. waarom bijvoorbeeld een arts bezoeken als je niet ziek bent?) en de beschikbare preventiemiddelen. De nood aan transparante en eenvoudige communicatie dringt zich op. Dit kan onder andere door overheidsdocumenten beschikbaar te stellen in meerdere talen, maar ook door informatie over de Vlaamse gezondheidszorg op een duidelijke manier aan de orde te brengen in de onthaalbureaus inburgering en integratie. Verder kan er ook gedacht worden aan het organiseren van infoavonden waarin de Vlaamse gezondheidszorg verduidelijkt wordt.

(2) Uit het onderzoek kwam duidelijk naar voren dat preventie het meest en het best gebeurt in forfaitaire huisartspraktijken. De oprichting van dit soort praktijken in een stedelijke context die gekenmerkt wordt door superdiversiteit verdient dan ook de nodige aandacht.

(3) Het gebruik van assistenten of verpleegkundigen in de huisartspraktijk blijkt een goede opportuniteit om preventieve gezondheidszorg op een systematische manier te implementeren in die praktijk. Een taakdelegatie vermindert immers de tijdsdruk en kan er tevens voor zorgen dat er meer tijd gaat naar het ter sprake brengen van de algemene (levens)context van de patiënt. Mensen worden immers vaak ziek door de omstandigheden waarin ze zich verkeren. Het verwerven van inzicht in deze omstandigheden lijkt dan onontbeerlijk voor een goede vorm van (preventieve) hulpverlening.

(4) De oprichting van multidisciplinaire huisartspraktijken zou ertoe kunnen leiden dat de doorverwijzing naar andere medische/specifieke disciplines wordt vereenvoudigd. Die vereenvoudiging kan een positieve invloed hebben op de opvolging van preventieve gezondheidsmaatregelen. Wanneer er bijvoorbeeld een tabacoloog, psycholoog, gezondheidsadviseur of maatschappelijk assistent in de praktijk aanwezig is, zullen

patiënten wellicht sneller geneigd zijn om de stap te zetten naar de huisartspraktijk en om de (gezondheids)adviezen op te volgen.

(5) Uit het onderzoek blijkt dat de financiële drempel om een griepspuit te laten zetten aanwezig is in huisartspraktijken die per prestatie werken en niet bij forfaitaire praktijken. Er kan derhalve verwacht worden dat het gratis aanbieden van de preventieve gezondheidszorgen een positieve impact kan hebben op het gebruik ervan.

(6) Mentale problemen, al dan niet vermomd in fysieke symptomen, verdienen de nodige aandacht. Bij bepaalde bevolkingsgroepen is het immers een groot taboe om over psychische problemen te praten. (Preventieve) geestelijke gezondheidszorg moet een prioriteit blijven, zeker in de superdiverse samenleving van vandaag en morgen.

(7) In de opleiding huisartsgeneeskunde is het belangrijk dat er voldoende aandacht gaat en blijft gaan naar de preventieve geneeskunde. Ook de artsen die reeds lang aan de slag zijn, moeten zich blijven bekwamen in preventieve zorgverlening.

(8) Een huisartspraktijk die te maken heeft met een superdivers patiëntenbestand moet vanzelfsprekend de nodige aandacht schenken aan het bestaan van verschillende culturele normen, waarden en gewoonten van patiënten. Als er advies wordt gegeven over gezonde voeding, dan moet men rekening houden met het feit dat sommige patiënten er bepaalde cultureel gevormde voedingsgewoonten op nahouden. Zo kan men de patiënt bijvoorbeeld info verlenen over gezonde voeding uit 'zijn cultuur'. Uit het onderzoek blijkt tevens dat personen met een buitenlandse herkomst meer stimuli nodig hebben om te sporten. Ook hier is het belangrijk voldoende rekening te houden met culturele waarden en verwachtingspatronen (cf. man/vrouw, religieuze geboden, etc.).

(9) Nauw aansluitend bij de vorige opmerking, is het van belang dat de huisarts zich er voldoende van bewust is dat ook hij vanuit een bepaald cultureel kader denkt/handelt en dat die dus niet altijd strookt met het kader van de patiënt. Dat veronderstelt van de arts een bepaalde mate van introspectie en metareflectie. Huisartsen moeten met voldoende 'culturele sensitiviteit' handelen, spreken en denken. Hier moet (zoals hoger al aangegeven) bij de opleiding huisartsgeneeskunde veel aandacht naar toe gaan.

(10) Zorgverlening verloopt vaak vlotter als de arts en de patiënt eenzelfde culturele achtergrond hebben. Precies daarom is het van belang dat de 'superdiversiteit' niet enkel terug te vinden is in het patiëntenbestand, maar ook bij de huisartsen zelf. Personen met een buitenlandse herkomst zouden daarom ook zeker moeten worden aangemoedigd om gezondheidsgelateerde opleidingen te volgen.

(11) Elke persoon is een uniek wezen... Sommige patiënten vragen een meer directere aanpak, andere net niet. Om die reden is het belangrijk dat er in de opleiding huisartsgeneeskunde voldoende aandacht gaat naar communicatieve vaardigheden in de huisartspraktijk.

(12) Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat er best meer financiële middelen worden beschikbaar gesteld voor het gebruik van tolken, cultureel bemiddelaars of vertalende telefoondiensten in de huisartspraktijk. In het bijzonder kan het gebruik van een cultureel bemiddelaar in de eerstelijnszorg instaan voor het overbruggen van zowel de taalbarrière als de cultuurbarrière.

(13) Thans worden folders, affiches en campagnes betreffende preventieve geneeskunde enkel aangeboden in de Nederlandse taal. Daarmee wordt de groep die de Nederlandse taal onvoldoende machtig is uitgesloten. Om die reden is het interessant om bijvoorbeeld te investeren in een (online) database waarin de informatie in verschillende talen aangeboden wordt. In deze database zou men ook medisch beeldmateriaal kunnen aanbieden wat dan de taalbarrière zou kunnen opheffen. Beelden, zo gaat het gekende spreekwoord, zeggen immers meer dan woorden. Het visualiseren van bepaalde gezondheidsproblemen kan *en plus* een groter besef bij de patiënt teweegbrengen. Dit probleem is echter niet ongekend waardoor er reeds een aantal zaken ondernomen zijn om meer beeldmateriaal ter beschikking te stellen. Zo kan men op de webpagina 'pigmentszorg.be' heel wat beeldmateriaal terugvinden. Echter lijkt het interessant om huisartsen hier vaker over te informeren zodat ook zij hun weg naar zulke hulpmiddelen eenvoudig kunnen vinden.

(14) Hoewel de respondenten die gebruik maken van het GMD+ hier in het algemeen best tevreden over zijn, blijkt de helft van de respondenten er geen gebruik van te maken. Dit is een gemiste kans. Artsen zouden meer gestimuleerd mogen worden om deze tool te gebruiken. Er zijn alvast een aantal mogelijkheden om het gebruik te verhogen. Zo blijkt dat het GMD+ een grote overlap kent met het GMD. Om het gebruik van het GMD+ te stimuleren, zou het de overlap moeten weggewerkt worden. Een andere manier zou eruit kunnen bestaan om een softwareprogramma te ontwikkelen dat compatibel is met de andere medische softwareprogramma's die gebruikt worden door de huisartsen. Dit zou het gebruik van het GMD+ in de praktijk beduidend kunnen vereenvoudigen. Dit programma kan ook de opvolging van preventie vereenvoudigen doordat het de arts er automatisch aan zou kunnen herinneren om bij bepaalde patiënten opnieuw een preventieconsult te organiseren.

(15) Het GMD+ wordt vandaag de dag enkel aangeboden in het Nederlands. In een superdiverse samenleving is het wenselijk om deze ook aan te bieden in andere talen.

(16) Huisartsen krijgen voor het afnemen van het GMD+ een vergoeding van 10,80€. Dit blijkt niet evenredig te zijn met de tijd die de huisarts investeert om het GMD+ af te nemen bij een patiënt. Het lijkt nodig om deze vergoeding te herbekijken.

(17) Wil het GMD+ completer zijn, dan zou het ook 'sociale factoren' die de gezondheidsstatus van een individu kunnen beïnvloeden moeten opnemen. Een uitbreiding van de vragenlijst zal natuurlijk de duur van het preventieconsult doen stijgen, maar dat kan onder meer opgevangen worden door het inzetten van assistenten of verpleegkundigen (zie supra).

(18) In de laatste editie van het GMD+ werd de vraag die peilt naar de mentale gezondheidstoestand van de patiënt weggelaten. De in dit onderzoek bevroegde artsen vonden deze vraag nochtans relevant. De vraag gaf hen omzeggens een handvat om een reeks van 'moeilijk bespreekbare onderwerpen' toch ter sprake te brengen.

9 BIBLIOGRAFIE

Algemene Directie Statistiek. (2012). Hart- en vaatziekten en kanker blijven veruit de belangrijkste doodsoorzaken. Brussel: FOD economie.

Annemans, L., Closon, J., Closon, M., Heymans, I., Lagasse, R., Mendes da Costa, E., . . . Roch, I. (2008). Vergelijking van de kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. *Health Services Research (HSR)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

Anson, O. (2000). Health and ethnicity in the Brussels Region. *Interface Demography-Working Paper*, 3, 56.

Anson, O. (2001). Inequality in the access to preventive health care: the case of immigrants in Belgium. *Archives of public health*, 59(5), 265-279.

Art, B., & De Maeseneer, J. (2005). Forfaitaire betaling: een beter systeem voor patiënt en huisarts. *VWGC*.

Assendelft, W., Nielen, M., Hettinga, D., Van der Meer, V., Van Vliet, M., Drenthen, A., . . . Van Oosterhout, M. (2012). Bridging the gap between public health and primary care in prevention of cardiometabolic diseases; background of and experiences with the Prevention Consultation in The Netherlands. *Family practice*, 29(suppl 1), 126-131.

Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P., Tafforeau, J., & Van der Heyden, J. (2006). Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2004. *Brussel: Afdeling Epidemiologie, WIV*.

Benhaddou, M., & DeVriendt, C. (2014). Wonen en etnisch-culturele minderheden: Minderheden Forum.

Benyaich, B. (2014). Welkom in het tijdperk van super-diversity. *Sampol*.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong 2nd, O. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public health reports*, 118(4), 293.

Blomberg, K., Tishelman, C., Ternestedt, B.-M., Törnberg, S., Levál, A., & Widmark, C. (2011). How can young women be encouraged to attend cervical cancer screening? Suggestions from face-to-face and internet focus group discussions with 30-year-old women in Stockholm, Sweden. *Acta Oncologica*, 50(1), 112-120.

Blommaert, J. (2011). Superdiversiteit. *TSS-Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken*(11), 16.

Bourgeois, G. (2014). *Beleidsbrief Inburgering en Integratie. Beleidsprioriteiten 2013-2014*. Brussel.

Bryman, A. (2012). *Social research methods*: Oxford university press.

BWR. (2012). Wat bedoelt u? Taaldrempels in de hulpverlening (Vol. 197). Brussel: Brusselse welzijns- en gezondheidsraad.

CGG. (2014). Steunpunt Cultuursensitieve Zorg. Brussel.

Crul, M., Schneider, J., & Lelie, F. (2013). *Super-diversity: a new perspective in integration*. Amsterdam: VU University Press.

Dahhan, N. (2007). Gezondheidszorg & etnische diversiteit in Nederland: Naar een betere zorg voor iedereen. *PaceMaker in Global Health, Amsterdam*.

De Cort, P. (2011). De implementatie van preventie in de eerste lijn: drempels en mogelijkheden. *Minerva*, 10(10), 1.

De Jongh, D., van Dijk, L., & Schellevis, F. (2007). Vroege opsporing en behandeling van mensen met risicofactoren voor hart—en vaatziekten. *Evaluatie van initiatieven. Utrecht, The Netherlands: NIVEL*.

De Maeseneer, J, Aertgeerts, B, Remmen, R, Devroey, D. (red) Together we change. Eerstelijnsgezondheidszorg: nu meer dan ooit! Brussel, 9 December 2014..

De Maeseneer, J., & Bogaert, K. (1999). Echelonnering in de gezondheidszorg: wanneer parlementair debat? *Het Hoofdstuk*.

De Maesschalck, S. (2012). Diversiteit in taal en cultuur tijdens de raadpleging: een tango tussen artsen en migranten. *HUISARTS NU*, 41(3), 144-147.

Demarest, S., Van der Heyden, J., Gisle, L., Buziarsist, J., Miermans, P., Sartor, F., . . . Tafforeau, J. (2002). Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2001. *IPH/EI reports*(2002-25).

Derluyn, I., Broekaert, E., & Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 54-62.

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: Ghent University.

Derosé, K. P., Escarce, J. J., & Lurie, N. (2007). Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health Affairs*, 26(5), 1258-1268.

Detollenaere, J., Vos, J., De Maeseneer, J., & Willems, S. (2014). Vlaamse prioritaire thema's met betrekking tot eerstelijnsgezondheidszorg: focus op de Vlaamse huisartsgeneeskunde.

Dierckx, D., Vranken, J., Coene, J. & Van Haarlem, A. (eds.) (2011). *Armoede en sociale uitsluiting: jaarboek 2011*. Leuven: Acco.

Domus Medica. (2013). Kent u het globaal medisch dossier (GMD)?

Dubey, V., Mathew, R., Iglar, K., Moineddin, R., & Glazier, R. (2006). Improving preventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial. *BMC family practice*, 7(1), 44.

Federale overheidsdienst. (2011). Taken van de interculturele bemiddelaar. *Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu*, from http://health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Interculturalmediation/Mediatortasks/19067278_NL?ie2Term=interculturel?&fodnlang=nl#.VrId2bLhDIU

Ferguson, W. J., & Candib, L. M. (2002). Culture, language, and the doctor-patient relationship. *FMCH Publications and Presentations*, 61.

Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research*: Sage.

Fossion, P., Ledoux, Y., Valente, F., Servais, L., Staner, L., Pelc, I., & Minner, P. (2002). Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: An age-and gender-controlled study conducted in a psychiatric emergency department. *European psychiatry*, 17(8), 443-450.

Garcia, M., Borràs, J., Milà, N., Espinàs, J., Binefa, G., Fernández, E., . . . Moreno, V. (2011). Factors associated with initial participation in a population-based screening for colorectal cancer in Catalonia, Spain: a mixed-methods study. *Preventive medicine*, 52(3), 265-267.

Geldof, D. (2013). Superdiversiteit. *Hoe migratie onze samenleving verandert*. Acco, Leuven.

Geldof, D. (2015). De transitie naar superdiversiteit. Van grootstedelijke naar Vlaamse realiteit. *Christen-Democratische Reflecties*, 3(2), 66-75.

Harmsen, H. (2003). *When cultures meet in medical practice: Improvement in intercultural communication evaluated*: Erasmus MC: University Medical Center Rotterdam.

Hautekeur, G. (2012). Recht op gezondheid, aanpak van de gezondheidskloof. *Resultaten van een verkenning*. Brussel: Samenlevingsopbouw Vlaanderen vzw.

Helman, C. (2007). *Culture, health and illness*: CRC Press.

Heylen, K. (2015). Grote Woononderzoek 2013. *Deel 5. De Private Huurmarkt: Vraag-en Aanbodzijde*.

Jones, R. M., Woolf, S. H., Cunningham, T. D., Johnson, R. E., Krist, A. H., Rothemich, S. F., & Vernon, S. W. (2010). The relative importance of patient-reported barriers to colorectal cancer screening. *American journal of preventive medicine*, 38(5), 499-507.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry* (Vol. 3): Univ of California Press.

- Kosny, A., MacEachen, E., Lifshen, M., Smith, P., Jafri, G. J., Neilson, C., . . . Shields, J. (2012). Delicate dances: immigrant workers' experiences of injury reporting and claim filing. *Ethnicity & health*, 17(3), 267-290.
- Krogsbøll, L. T., Jørgensen, K. J., Grønhøj Larsen, C., & Gøtzsche, P. C. (2012). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 10.
- Kunst, A., Dalstra, J., Bos, V., Mackenbach, J., Otten, F., & Geurts, J. (2005). *Ontwikkeling en toepassing van indicatoren van sociaal-economische status binnen het Gezondheidsstatistisch Bestand*: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Levecque, K., Lodewyckx, I., Vandeneeden, S., & Timmerman, C. (2006). *Gezondheid en gezondheidszorg bij allochtonen in Vlaanderen*: Steunpunt Gelijkekansenbeleid.
- Lorant, V., Van Oyen, H., & Thomas, I. (2008). Contextual factors and immigrants' health status: double jeopardy. *Health & place*, 14(4), 678-692.
- Lovering, S. (2006). Cultural attitudes and beliefs about pain. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(4), 389-395.
- Luijten, M., & Tjadens, F. (1995). *Huisartsen in achterstandswijken. Leiden: Research voor Beleid*.
- Mathy, J. (2014). Gevolgen van het GMD+: voorlopige resultaten zijn positief.
- Meeuwesen, L., Harmsen, J. A., Bernsen, R. M., & Bruijnzeels, M. A. (2006). Do Dutch doctors communicate differently with immigrant patients than with Dutch patients? *Social science & medicine*, 63(9), 2407-2417.
- Meeuwesen, L., Tromp, F., Schouten, B. C., & Harmsen, J. A. (2007). Cultural differences in managing information during medical interaction: How does the physician get a clue? *Patient education and counseling*, 67(1), 183-190.
- Meijer, S. A., Smit, F., Schoemaker, C., & Cuijpers, P. (2006). Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen.
- Mennen, S. (2003). *GMD-plus: een recept voor de praktijk*. Huisartsgeneeskunde. Katholieke universiteit Leuven. Leuven.
- Meurs, P., & Gailly, A. (1998). Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil.
- Milczarek, M., Schneider, E., & González, E. (2009). European agency for safety and health at work. *OSH in figures: Stress at work* Facts and figures. Luxembourg: European Communities*.
- Mortelmans, D. (2007). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*: Acco Leuven.
- Mortelmans, D. (2011). *Kwalitatieve analyse met Nvivo*: Acco.

Noppe, J., Vanderleyden, L., & Callens, M. (2012). *De sociale staat van Vlaanderen 2011*: Studiedienst Vlaamse Regering.

Nuyens, Y., & Mertens, J. (2012). *Preventie en gezondheid in Vlaanderen doorgelicht*: Kluwer.

Perrin, N., & Schoonvare, Q. (2009). Migraties en migrantenpopulaties in België: statistisch en demografisch verslag 2008: Louvain-La-Neuve-Brussel: Groupe d'étude de Démographique Appliquée, UCL-Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding.

Peterson, J. A. (2007). Get moving! Physical activity counseling in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(7), 349-357.

Provinciale Raad van Antwerpen. (2014). *Lijst van de ingeschreven geneesheren*. Antwerpen: Luytens, Jan.

Rice, P. L. (1999). *Stress and health*: Brooks/Cole Publishing Pacific Grove, CA.

Roy, L. C., Torrez, D., & Dale, J. C. (2004). Ethnicity, traditional health beliefs, and health-seeking behavior: Guardians' attitudes regarding their children's medical treatment. *Journal of Pediatric Health Care*, 18(1), 22-29.

Sabates-Wheeler, R. (2009). The impact of irregular status on human development outcomes for migrants.

Schinkel, S., Schouten, B. C., & van Weert, J. C. (2013). Are GP patients' needs being met? Unfulfilled information needs among native-Dutch and Turkish-Dutch patients. *Patient education and counseling*, 90(2), 261-267.

Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient education and counseling*, 64(1), 21-34.

Schouten, B. C., Meeuwesen, L., Tromp, F., & Harmsen, H. A. (2007). Cultural diversity in patient participation: the influence of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour. *Patient education and counseling*, 67(1), 214-223.

Selye, H. (2013). *Stress in health and disease*: Butterworth-Heinemann.

Street, R. L., Gordon, H., & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social science & medicine*, 65(3), 586-598.

Thomas, F., & Gideon, J. (2013). *Migration, health and inequality*: Zed Books.

Van de Kerkhof, R. M., Godefrooij, M. B., Wouda, P. J., Vening, R. A., Dinant, G.-J., & Spigt, M. (2010). Cardiometabole risicofactoren opgespoord met preventieconsult. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 154(41), 1891-1897.

Van de Walle, M. (2015). *De ziekteverzekering in een notendop*. Brussel: Christelijke Mutualiteit.

- Van den Broucke, S., Heylen, K., & Wets, J. (2015). Woonsituatie van personen met een migratieachtergrond in Vlaanderen (pp. 81): Steunpunt Inburgering en Integratie.
- Van den Broucke, S., Stuyck, K., Buysschaert, P., Wets, J., Noppe, J., & Doyen, G. (2015). Vlaamse migratie-en integratiemonitor 2015. *status: Unpublished*.
- Van Haarlem, A., Coene, J., & Lusyne, P. (2011). Armoede en sociale uitsluiting, Jaarboek 2011.
- Van lindert, H., Friele, R., & Sixma, H. (2000). Wat vinden migranten belangrijk in de huisartsenzorg. *Utrecht: De verlanglijst van migranten, Nivel*.
- Van Oyen, Bossuyt, N., Deboosere, P., Gadeyne, S., Abatih, E., & Demarest, S. S. (2005). Differential inequity in health expectancy by region in Belgium. *Sozial-und Präventivmedizin, 50(5)*, 301-310.
- Van Oyen Herman, D. P., Vincent, L., & Rana, C. (2011). *Sociale ongelijkheden in gezondheid in België*: Academia Press.
- Van Wieringen, J. C., Harmsen, J. A., & Bruijnzeels, M. A. (2002). Intercultural communication in general practice. *European Journal of Public Health, 12(1)*, 63-68.
- Vandenberghe, S., Avonts, D., & Willems, S. (2013). Preventieve interventies door een equity-bril: een gelijke gezondheidswinst voor iedereen? *HUISARTS NU, 42(5)*, 233-238.
- Vandenheede, H., & Deboosere, P. (2009). Type 2 diabetes in Belgians of Turkish and Moroccan origin. *Archives of Public Health, 67(2)*, 62.
- Vassart, C. (2005). *Gezondheidszorg en diversiteit: het voorbeeld van de moslimpatiënten*: Koning Boudewijnstichting.
- Vereniging van wijkgezondheidscentra. (2015). Waar vind ik een WGC? , from <http://www.vwgc.be/index.php?page=7&titel=Waar?%20&style=bruin>
- Verhoeven, H. (2004). Allochtonen op de Vlaamse arbeidsmarkt. *status: published*.
- Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M., & Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *Int J Equity Health, 11(1)*.
- VRIND. (2015). Vlaamse regionale indicatoren. In SVR (Ed.), *Cluster Welzijn*. Brussel: Vlaamse Overheid.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological review, 96(2)*, 234.
- Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N., & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach 1 1The full text of this article is available via AJPM Online at www.ajpm-online.net. *American journal of preventive medicine, 22(4)*, 267-284.

Wilkins, T., Gillies, R. A., Harbuck, S., Garren, J., Looney, S. W., & Schade, R. R. (2012). Racial disparities and barriers to colorectal cancer screening in rural areas. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 25(3), 308-317.

Zeliadt, S. B., Etzioni, R., Ramsey, S. D., Penson, D. F., & Potosky, A. L. (2007). Trends in treatment costs for localized prostate cancer: the healthy screenee effect. *Medical care*, 45(2), 154-159.

Masterproeven van huisartsen in opleiding

Bosschaerts, M. (2015). *Gebruik van het GMD+ in een solopraktijk*. Universiteit Antwerpen, Antwerpen.

De Caesemaeker, T. (2015). *Globaal Medisch DOssier plus: invloed van patiëntkarakteristieken op deelname*. Katholieke universiteit Leuven, Leuven.

De Cock, S. (2015). *Praktische implementatie van een preventiebeleid en GMD+ in de praktijk met behulp van pop-ups.*, Universiteit Gent, Gent.

Debruyne, C. (2015). *Bezorgt GMD+ de huisarts een burn-out?*, Universiteit Gent, Gent.

Delanoye, A. (2013). *Implementatie van het GMD+ in de huisartsenpraktijk*. Universiteit Gent, Gent.

Hoorens, S. (2014). *Optimalisatie van de GMD+ registratie door introductie van een preventieconsult*. Universiteit Gent, Gent.

Jouck, E. (2015). *GMD-Plus registratie met behulp van de tablet in Limburgse huisartsenpraktijken: efficiëntie of kan het beter.*, Catholic university of Leuven, Leuven.

Mannaerts, A., Schoenmakers, B., & Van Den brandt, J. (2012). *Hoe kunnen we zinvolle preventie beter integreren? Implementatie van het preventiesjabloon n EMD en toepassing van het preventieconsult in 1e lijn*. Katholieke universiteit Leuven, Leuven.

Mennen, S., & Schoenmakers, B. (2013). Invoeren van preventie in de huisartsenpraktijk. Resultaten van een praktijkproject. *Huisarts & onderzoek*, 42(5).

Priem, M. (2010). *Wat weerhoudt patiënten ervan om deel te nemen aan het preventieconsult?*, Vrije Universiteit Brussel, Brussel.

Vandenberghe, s., & Cosyn, E. (2012). *Het algemeen preventieconsult: een zorg voor iedereen?*, University of Ghent, Gent.

Vanhaverbeke, E. (2014). *GMD+ preventieconsult bij de patiënten met een lage socio-economische status in onze huisartsenpraktijk*. University of Leuven, Leuven.

Vanhulsel, S. (2013). *Het GMD+ in onze praktijk*. KULeuven.

Vodde, C. (2010). *Een analyse van het overschakelen naar het forfaitaire betalingssysteem in een traditionele praktijk in Vlaanderen*. University of Antwerp.

10 APPENDIX

10.1 Bijlage 1: Forfaitaire praktijken in Vlaanderen.

Soort forfaitaire praktijk	Regio	Aantal
Oost-Vlaanderen		
Wijkgezondheidscentra	Gent	9
Wijkgezondheidscentra	Aalst	1
Wijkgezondheidscentra	Sint-Niklaas	1
Wijkgezondheidscentra	Lokeren	1
Geneeskunde voor het Volk	Zelzate	1
Antwerpen		
Wijkgezondheidscentra	Mechelen	1
Wijkgezondheidscentra	Antwerpen	4
Wijkgezondheidscentra	Lier	1
Geneeskunde voor het Volk	Antwerpen	2
Limburg		
Wijkgezondheidscentra	Alken	1
Wijkgezondheidscentra	Genk	1
Geneeskunde voor het Volk	Genk	1
Geneeskunde voor het Volk	Lommel	1
Vlaams-Brabant		
Wijkgezondheidscentra	Leuven	2
Wijkgezondheidscentra	Vilvoorde	1
Wijkgezondheidscentra	Tienen	1

10.2 Bijlage 2: Het Globaal Medisch Dossier Plus

Huidige versie (2014)

VERWERKINGSMODULE VOOR DE HUISARTS

domus
medica

Naam:

Datum: / /

	Vraag	Resultaten vragenlijst	Te doen	Risico	Planning
Cardiovasculair risico	1	A⊕	Totaalcholesterol/HDL, SCORE	SCORE 0-4%: laag risico SCORE 5-9%: matig cardiovasculair risico SCORE ≥10% of E⊕ of D⊕: hoog cardiovasculair risico	
	2	B⊕	Totaalcholesterol/HDL, SCORE, proteinurie, creatinine		
	7	C⊕	Rookstopadvies		
	3/4	D⊕ en/of E⊕	Hoog risico: geen SCORE nodig		
	5/6	F⊕	Totaalcholesterol/HDL, SCORE		
Roken	7	Ja	Rookstopadvies		
Alcohol	8	Alcoholgebruik	AUDIT-vragenlijst vraag 1 tot 3	Man ≥5 punten, vrouw of man ≥65 jaar ≥4 punten: mogelijk problematisch Stel volledige AUDIT-vragenlijst	
Voeding	9/10	Groenten of fruit: 'nee'	Voedingsadvies		
Beweging	11	Bewegen: 'nee'	Bewegingsadvies		
Diabetes	12/13/14 en 21/22	≥65 jaar	Nuchtere glykemie	Nuchtere glykemie <100: normaal Nuchtere glykemie 100-125: gestoorde nuchtere glykemie 2 x nuchtere glykemie ≥126: diabetes	
		45-64 jaar en 1 keer 'ja' of BMI ≥25 en/of buikomtrek >88 cm (vrouw), >102 (man)	Nuchtere glykemie		
		<45 jaar en zwangerschapsdiabetes of stresshyperglykemie of 2 keer 'ja' of 1 keer 'ja' en BMI ≥25 en/of buikomtrek >88 cm (vrouw), >102 (man)	Nuchtere glykemie		
Tetanus, difterie, kinkhoest	15	10-20 jaar geleden	dTpa/10 jaar		
		>20 jaar geleden en volledig schema	dTpa 0-6 maanden		
		>20 jaar geleden en onvolledig schema	dTpa 0-1-12 maanden		
		Onbekend	dTpa 0-1-12 maanden		
Griep	16/17/18/19	≥65 jaar of long- of hart- of lever- of nierlijden of diabetes en andere metabole aandoeningen	Griepvaccinatie 1 x jaar		
Pneumokokken	7/16/17/18/19	≥65 jaar	PPV: 1 x herhalen na 5 jaar		
		≥50 jaar en hart- of longlijden, leverlijden, ethylisme, nierlijden, roken	PPV: 1 x herhalen na 5 jaar		
		Asplenie, immuuncompromitteerde, lek CSV, cochleair implantaat	PCV en PPV (0-2 maanden) Revaccinatie: PPV om de 5 jaar		
Colorectale kanker	20	50-74 jaar en familiale en persoonlijke anamnese ⊕	FOBT om de 2 jaar	Beleid volgens risico-inschatting	
		Familiale en/of persoonlijke anamnese ⊕	Risico-inschatting		
Borstkanker	23/24	50-69 jaar en geen familiale anamnese van borst- en/of ovariumkanker	Screeningsmammografie om de 2 jaar	Beleid volgens risico-inschatting	
		70-75 jaar en lage comorbiditeit	(Screenings)mammografie om de 2 jaar		
		Familiale anamnese ⊕	Risico-inschatting		
Cervix-kanker	25	25-64 jaar	Uitstrijke om de 3 jaar	Beleid volgens resultaat laatste uitstrijke	
		≥65 jaar en lage comorbiditeit	Ga na wanneer laatste uitstrijke was		
Depressie & zelfdodelijkheid	Op indicatie	Risico op depressie ⊕	Bevraag: 'Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens en hopeloosheid?' 'Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse en plezier in de dingen die u deed?'	1 x 'ja' Peil naar de wens tot hulp	

Eerste versie (2011)

VRAGENLIJST IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT EN HUISARTS

INDIVIDUEEL PREVENTIEPLAN



Naam: _____ M/V Geboortedatum: ____/____/____ Datum: ____/____/____

Vul dit blauwe gedeelte in. Twijfelt u aan een antwoord, vraag dan raad aan uw huisarts.		Dit groene gedeelte vult uw huisarts in.	
Hoe oud bent u? _____ jaar		A	A+ ≥50 jaar Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE
Hebt u een te hoge bloeddruk?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend	B	B+ Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE
Neemt u medicatie voor een te hoge bloeddruk?	☐ ja ☐ nee	D	D+ Creatinine Proteinurie
Hebt u diabetes (suikerziekte)?	☐ ja ☐ nee	E	E+ Hoog cardiovasculair risico
Hebt u een hart- of vaatziekte (gehad)?	☐ ja ☐ nee	F	F+ Totaalchol./HDL-bepaling en SCORE
Heeft uw vader of broer een hart- en vaatziekte voor zijn 55 jaar (gehad)?	☐ ja ☐ nee		
Heeft uw moeder of zus een hart- en vaatziekte voor haar 65 jaar (gehad)?	☐ ja ☐ nee		
Rookt u?	☐ ja ☐ nee	C	C+ Rookstop
Eet u dagelijks groenten en fruit?	☐ ja ☐ nee		Voedingsadvies
Komt u aan 30 minuten lichaamsbeweging per dag?	☐ ja ☐ nee		Bewegingsadvies
Wat is uw lengte en gewicht?	lengte cm gewicht kg		Buikomtrek cm BMI=kg/m ²
Heeft uw arts u ooit gesproken over verhoogde suiker in uw bloed?	☐ ja ☐ nee		≥65 jaar
Had u verhoogde suiker tijdens de zwangerschap of tijdens een ziekenhuisopname?	☐ ja ☐ nee		≥45 jaar en 1x ja of BMI ≥25 of
Voor vrouwen: bent u bevallen van een baby van 4,5 kg of meer?	☐ ja ☐ nee		buikomtrek: vrouw >88 cm, man >102 cm
Heeft uw vader, moeder, broer of zus diabetes?	☐ ja ☐ nee		Nuchtere glykemie
Is uw vaccinatie tegen tetanus meer dan 10 jaar geleden?	☐ ja ☐ nee ☐ onbekend		10-20 jaar geleden Booster dT/10 jaar
Bent u hart- of longpatient?	☐ ja ☐ nee		>20 jaar volledig schema dT 0-6
Hebt u geen milt meer of een ziekte waardoor de milt niet goed werkt?	☐ ja ☐ nee		>20 jaar onvolledig schema of onbekend dT 0-1-12
Voor alle vrouwen: komt er borstkanker of eierstokkanker voor in uw familie?	☐ ja ☐ nee		Ja of 65+ of D+ of nierlijden Griepvaccinatie/1 jaar
Voor vrouwen vanaf 50 jaar: is uw laatste mammografie meer dan 2 jaar geleden?	☐ ja ☐ nee datum		Ja en 50+ of 50+ en ethylisme Pneumokokkenvaccinatie 1x/5 jaar
Voor vrouwen van 25 tot en met 64 jaar: is uw laatste uitstrijkje meer dan 3 jaar geleden?	☐ ja ☐ nee datum		Ja Pneumokokkenvaccinatie 1x/5 jaar
Komen darmkanker of -poliepen voor bij uw vader, moeder, broer of zus?	☐ ja ☐ nee		Ja Risico-inschatting
Drinkt u alcohol?	☐ ja ☐ nee		70-75 jaar en lage comorbiditeit Screeningsmammografie/2 jaar
			50-69 jaar Uitstrijkje/3 jaar
			Ja Risico-inschatting
			Nee en 50-74 jaar FOBT/1-2 jaar
			Ja Stel de eerste drie vragen van de AUDIT
			Bevraag enkel bij patiënten met risico op depressie:
			Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door depressieve gevoelens of hopeloosheid?
			Werd u de voorbije twee weken vaak gehinderd door weinig interesse of plezier in de dingen die u deed?
			(1 x ja) Wens tot hulp?

10.3 Bijlage 3: Onderzoekspopulatie semi-gestructureerde interviews

Nr.	M/V	Geboortejaar	Praktijkorganisatie	Financieringssysteem	Herkomst	Regio
R1	M	1963	Groepspraktijk	Per prestatie	België	Deurne
R2	V	1972	Groepspraktijk	Per prestatie	België	Hoboken
R3	V	1955	Solopraktijk	Per prestatie	België	Antwerpen
R4	V	1980	Solopraktijk	Per prestatie	Marokko	Wilrijk
R5	V	1982	Groepspraktijk	Per prestatie	België	Antwerpen
R6	M	1952	Wijkgezondheidscentra	Forfaitair	België	Antwerpen
R7	M	1985	Groepspraktijk	Per prestatie	België	Borgerhout
R8	V	1985	Wijkgezondheidscentra	Forfaitair	België	Borgerhout
R9	M	1955	Groepspraktijk	Per prestatie	België	Deurne
R10	V	1982	Geneeskunde voor het volk	Forfaitair	België	Hoboken
R11	V	1984	Wijkgezondheidscentra	Forfaitair	België	Antwerpen
R12	M	1951	Geneeskunde voor het volk	Forfaitair	België	Hoboken
R13	V	1959	Groepspraktijk	Per prestatie	België	Antwerpen
R14	V	1976	Dokters van de Wereld	Forfaitair	België	Antwerpen
R15	V	1983	Geneeskunde voor het volk	Forfaitair	België	Deurne
R16	V	1970	Solopraktijk	Per prestatie	Rusland	Antwerpen
R17	V	1984	Groepspraktijk	Per prestatie	België	Deurne
R18	V	1976	Groepspraktijk	Per prestatie	België	Antwerpen

10.4 Bijlage 4: Online Survey



Inburgering en
Integratie

CeMIS
CENTRUM VOOR MIGRATIE
EN INTERCULTURELE STUDIES

**Universiteit
Antwerpen**

Informatie over de bescherming van uw privacy

Het verzamelen en verwerken van uw gegevens gebeurt volgens de "Wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens". De informatie die verzameld wordt, zal in vertrouwen worden behandeld en zal nooit doorgegeven worden aan personen buiten het team van onderzoekers op een manier waarop u herkend kan worden. U kan de gegevens later altijd opvragen en als u dat nodig vindt laten aanpassen of laten verwijderen. Om uw gegevens aan te passen of te laten verwijderen, contacteert u:

Prof. dr. Christiane Timmerman

Centrum voor Migratie en Interculturele Studies
Universiteit Antwerpen
Prinsstraat 13 2000 Antwerpen
Email: christiane.timmerman@uantwerpen.be

1. Naam + Voornaam

2. Geslacht

- ☐ Man
☐ Vrouw

3. Geboortedatum (dd/mm/yyyy)

4. Wat is uw geboorteland?

5. Wat is het geboorteland van uw moeder?

6. Wat is het geboorteland van uw vader?

7. Binnen welke context werkt u?

- ☐ Solopraktijk
- ☐ Groepspraktijk
- ☐ Duo-praktijk
- ☐ Netwerkpraktijk
- ☐ Multidisciplinaire groepspraktijk
- ☐ Wijkgezondheidscentrum
- ☐ Andere

8. Met welk financieringssysteem werkt u?

- ☐ Forfaitaire vergoeding
- ☐ Per prestatie
- ☐ Andere

9. Hoeveel procent van uw patiëntenbestand heeft een migratie-achtergrond?

- ☐ 0-20%
- ☐ 21-40%
- ☐ 41-60%
- ☐ 61-80%
- ☐ 81-100%

10. Maakt u gebruik van een GMD+?

- ☐ Zelden of nooit
- ☐ Soms
- ☐ Vaak
- ☐ Heel vaak
- ☐ Altijd

11. Hoe schat u het belang in van GMD+?

- ☐ Heel onnuttig
- ☐ Onnuttig
- ☐ Neutraal
- ☐ Nuttig
- ☐ Heel nuttig

12. Wenst u verder deel te nemen aan het onderzoek?

- ☐ Ja, ik ben bereid om deel te nemen aan een interview dat in de periode oktober-november zal plaatsvinden.
- ☐ Neen, ik ben niet bereid om deel te nemen aan een interview.

Bedankt dat u wil meewerken! Om u te kunnen contacteren hebben we enkele persoonlijke gegevens van u nodig.

13. Uw E-mail adres

14. Uw telefoonnummer

15. Het adres van uw praktijk

10.5 Bijlage 5: Sociaal gezondheidsmodel Dahlgren & Whitehead.

Regenboogmodel Dahlgren
en Whitehead

