KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Psychisch onwelzijn bij niet-werkende moeders in Sint-Jans-Molenbeek.

Marie-Sophie Vanderstuyft, KULeuven

Promotor: Prof. Jo Goedhuys, KULeuven

Co-promotoren: Dr. Leen Vermeulen, Dr. Louis Ferrant

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

VOORWOORD

Deze thesis werd geschreven vanuit een gedeeld gevoel van onmacht met de vrouwen in Molenbeek die soms in zeer precaire levensomstandigheden leven en het gevoel hebben dat hun leven geen vaste grond heeft om op te bouwen. Chaos, armoede, relationele problemen, discriminatie, zich onbegrepen voelen en het gevoel van onrechtvaardigheid zorgen voor een groot psychisch onwelzijn bij deze vrouwen die we dagelijks in de huisartsenpraktijk zien.
Wanneer we in dit onderzoek te horen krijgen hoeveel patiënten in onze praktijk kampen met ernstig psychisch onwelzijn, mag het ons niet verwonderen dat Molenbeek de laatste weken zoveel in het nieuws is gekomen.
In het kader van de recente aanslagen, benadrukt deze thesis nogmaals hoe belangrijk het is om verandering te brengen in deze algemene malaise onder de bevolking in deze en soortgelijke wijken.
Een structurele aanpak van alle determinanten die inspelen op de fysische en psychische gezondheid van de Molenbekenaars zou een belangrijke preventieve zet kunnen zijn in het voorkomen van verdere te betreuren uitingen van dit onwelzijn in België.

Graag wil ik de volgende mensen bedanken:
- Prof. Jo Goedhuys, de promotor van dit onderzoek, voor de positieve en nuchtere blik op de zaak.
- Alle medewerkers in de praktijk die de tijd hebben genomen om patiënten op te bellen en te enquêteren. In het bijzonder Dr. Leen Vermeulen, praktijkopleider en co-promotor, die dit werk volledig ondersteund heeft en zonder wie dit onderzoek niet zou gebeurd zijn. Ook Marion, voor de soep, de broodjes en de hulp bij de focusgroepen en de vertaling hiervan.
- Alle patiënten die de vragen hebben beantwoord.
- Het Huis voor Gezondheid –in het bijzonder Nina- voor de steun bij de organisatie van de focusgroepen, de interesse in het onderzoek en het werk dat ze leveren voor de Nederlandstalige zorgverleners en patiënten in Brussel.
- De deelnemers aan de focusgroepen en in het bijzonder Aline Meeûs en ‘la maison de santé Atlas’.
- Dr Louis Ferrant, co-promotor, voor de steun in het begin en aan het einde van het werk, Stefaan Plysier, Redouane Ben Driss, Emilie Gerard, Peter Degand en Rita Vanobberghen als specialisten terzake.
- Souheila Saikali en Emmanuel Van Der Stuyft om het werk na te lezen.

ABSTRACT

Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is tweedelig. Enerzijds willen we de hulpvraag rond psychisch onwelzijn en de causaliteit ervan bij de niet-werkende moeders van 25-50 jaar in onze praktijk in kaart brengen. Anderzijds bekijken we de redenen van therapieontrouw en zoeken we enkele nieuwe behandeltechnieken die het werk van de gezondheidswerkers kan verlichten en het psychisch onwelzijn van de patiënten kan verminderen.

Methode:

Een literatuuronderzoek werd gedaan via Pubmed, Limo en de databanken van de Belgische, Vlaamse en Molenbeekse overheid. Enkele artikels werden gevonden via opleidingen en specialisten in het werkveld.

Aan de hand van een enquête onderzochten we het psychisch welzijn van de onderzochte patiëntenpopulatie in de praktijk. Deze enquête bestond uit de 12 vragen van de GHQ-12, hiernaast bevroegen we ook de chronisch aanslepende pijnklachten en de tewerkstelling van de patiënten.

Via twee Nederlandstalige en een Franstalige focusgroep met gezondheidszorgmedewerkers in Brussel, behandelden we drie thema's: herkenning van de problematiek, bespreking van de behandelvoorstellen uit de literatuur en nieuwe mogelijkheden in de behandeling.

Resultaten:

Klachten van psychisch onwelzijn komen bij de onderzochte patiëntenpopulatie in de huisartsenpraktijk in Molenbeek meer dan dubbel zo vaak voor vergeleken bij de algemene Belgische bevolking in 2013. Deze uiten zich vaak in psychosomatische klachten. De determinanten die dit onwelzijn kunnen verklaren zijn het vrouwelijk geslacht, de leeftijd, de regio van afkomst, de slechte sociale netwerken, de woonplaats en de materiële levensomstandigheden: armoede, een lage opleiding en werkloosheid. De beschikbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg is een belangrijke factor en ten slotte speelt ook de politieke omgeving een rol. Brusselse zorgverleners bevestigen de problematiek.

Therapietrouw hangt af van persoons-, aandoenings-, therapie- en socio-cultureel gebonden factoren. Mogelijke therapievormen omvatten groepssessies, individuele opvolging door huisarts, psycholoog of coach en het uitbreiden van sociale netwerken. Er kan nog meer gewerkt worden aan preventie en samenwerking met actoren in de wijk.

Conclusie:

Onze praktijk bevat een uitzonderlijk hoog aantal patiënten met psychisch onwelzijn. Omdat therapietrouw ook therapiegebonden is, stellen we een holistische patiëntgerichte aanpak voor waarbij men nagaat welke determinanten een rol spelen in het psychisch onwelzijn van de patiënt, met nadien een gerichte aanpak in de behandeling van elk van deze determinanten. Het vormen van een nieuw soort hulpverleners, 'coaches', die kennis hebben van de aanwezige organisaties in de wijk, die de patiënten kunnen begeleiden bij het opstellen van hun determinantenlandschap en hen vervolgens kunnen verwijzen naar de juiste hulpverlening, zou het werk van de arts en psycholoog kunnen verlichten en het psychisch onwelzijn van de patiënt verminderen. Een brede multidisciplinaire samenwerking met de aanwezige actoren in de wijk is belangrijk voor de preventie en de behandeling van het psychisch onwelzijn in onze praktijk.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 5

2. Methode 7

1. Literatuuronderzoek 7

2. Kwantitatief onderzoek met behulp van een enquête 7

1. Selectie van de deelnemers 7

2. Enquêtering 8

3. Inhoud van de enquête 8

3. Kwalitatief onderzoek op basis van focusgroepen 10

1. Focusgroepen 11

2. Uitnodiging deelnemers en verloop focusgroepen met zorgverleners 11

3. Resultaten 12

1. Literatuuronderzoek 12

1. Het psychisch onwelzijn in België en de mogelijke determinanten die hierop inspelen. 12

2. Oorzaken van therapieontrouw. 19

3. Enkele voorstellen tot behandeling. 20

2. Resultaten kwantitatief onderzoek: enquête in de groepspraktijk. 21

1. Het psychisch (on)welzijn in de groepspraktijk 21

2. Onderzochte determinanten 23

3. Resultaten kwalitatief onderzoek op basis van focusgroepen 24

1. Deelnemers 24

2. Inhoud focusgroepen 25

Herkenning van de problematiek 25

Ervaring van de Brusselse zorgverleners 26

Out of the box denken 33

4. Discussie 36

1. Antwoorden op de verschillende onderzoeksvragen. 36

1. Het psychologisch onwelzijn 36

2. De rol van de determinanten van geestelijke gezondheidszorg 36

3. De oorzaken van therapieontrouw bij onze onderzoekspopulatie. 39

4. De behandeling van en nieuwe werkpistes voor dit psychisch onwelzijn bij de onderzochte patiëntenpopulatie. 39

2. Zwaktes van het onderzoek 42

5. Conclusie 44

BEGRIPPENLIJST EN BETROKKEN ORGANISATIES

- **Caleidoscoop**: een zelforganisatie van en voor vrouwen in Molenbeek, met als centrale thema's educatie, emancipatie en vrijetijdsbesteding. Georganiseerd vanuit het gemeenschapscentrum de Vaartkapoen. www.vaartkapoen.be/werkingen

- **CGG**: Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg

- **Dar Al Amal**: - het huis van de hoop - een centrum voor vrouwen, dat zichzelf omschrijft als een ontmoetingsplaats, een informatiecentrum en een plaats waar men iets kan bijleren. Dar Al Amal is een deelwerking van de sociale organisatie 'Foyer' in Molenbeek. www.foyer.be

- **ELP**: Eerstelijns Psychologen. Psychologen werkzaam binnen het CGG engageren zich om op regelmatige basis gedurende een dagdeel consultaties te doen in een Nederlandstalige huisartsenpraktijk in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. www.cgg-brussel.be/verwijzers/elp/

- **GHQ-12**: General health questionnaire (korte versie met 12 vragen). Goldberg DP, et al. 1978
  - **score 2+**: indicator met betrekking tot het hebben van psychische problemen
  - **score 4+**: indicator met betrekking tot het hebben van een reële kans op een psychische aandoening.

- **GVHV**: Geneeskunde voor het Volk. Een netwerk van 11 forfaitaire groepspraktijken verdeeld over heel België verbonden aan de Partij van de Arbeid.

- **Huis voor gezondheid**: samenwerkingsstructuur van Nederlandstalige gezondheidsorganisaties binnen het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad www.huisvoorgezondheid.be

- **LOGO**: Lokaal Gezondheidsoverleg 'Logo' is een netwerk van organisaties die samen aan de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen willen werken. www.vlaamselogos.be

- **MEM**: Migranten en etnische minderheden. Een verzamelnaam voor die personen die door zichzelf of door de maatschappij als een minderheidsgroep beschouwd worden ten aanzien van de meerderheid van de bevolking door hun migratie-achtergrond.

- **Repair Café**: Een gratis bijeenkomst waar mensen (samen) spullen herstellen. www.repaircafe.be

1. Inleiding

Al van bij de start van mijn opleiding als HAIO in de groepspraktijk van Geneeskunde voor het volk (GVHV) in Sint-Jans-Molenbeek viel me op hoeveel tijd van onze consultaties werd gebruikt om psychologisch motivationele gesprekken te voeren met een grote groep vrouwen die klachten van psychisch onwelzijn aanbrachten. Vaak verdoken onder de vorm van chronisch aanslepende psychosomatische klachten, presenteerden deze nog vrij jonge huisvrouwen zich steeds opnieuw de nodige 40 minuten op onze consultaties.

Alle mogelijke coping mechanismen die elke arts standaard in zijn achterzak heeft zitten, werden lang geleden al gesuggereerd. Het voorstel om een psycholoog te zien werd niet opgevolgd en de klachten namen zelden af, in tegendeel, ze namen vooral toe.

Uiteindelijk begonnen ook de huisartsen dit problematisch te vinden. Dit soort consultaties schept weinig voldoening en laat de arts na een voormiddag met drie zulke consulten uitgeput en met een grote tijdsachterstand achter.

In 2013 werd het algemeen psychisch welzijn (of onwelzijn) van de Belg ingeschat naar aanleiding van de Nationale Gezondheidsenquête. De resultaten van de enquête tonen aan dat in België één op de drie personen van 15 jaar en ouder indicaties voor psychisch onwelzijn vertoont en dat iets meer dan één persoon op zes een psychische behandeling benodigt.[1]

Omwille van de hoge frequentie waarop de niet-werkende moeders in onze praktijk ons hierrond komen consulteren, leek het ons een boeiende studie om het algemeen psychisch onwelzijn van deze huismoeders in onze praktijk in te schatten en met de nationale getallen te vergelijken. Hiernaast vonden we het ook belangrijk om na te gaan wat de oorzaken zouden kunnen zijn van dit psychisch onwelzijn en alternatieve behandelingstechnieken te onderzoeken die mogelijks beter zouden aanslaan bij deze patiëntenpopulatie.

De onderzochte groepspraktijk betreft een forfaitaire praktijk in het historisch centrum van Sint-Jans-Molenbeek. Dit is een zeer multiculturele regio, wat zich ook weerspiegelt in de algemene patiëntenpopulatie van de praktijk. Het is niet eenvoudig deze specifieke patiëntenpopulatie te benoemen. In het verleden zijn al verschillende pogingen gebeurd om immigranten en hun nakomelingen op te delen in specifieke groepen. Op basis van nationaliteit, afkomst, integratie en cultuur kunnen mensen op veel verschillende manieren opgedeeld worden. In dit onderzoek gebruiken we de term migranten en etnische minderheden (MEM). Hiermee bedoelen we in dit artikel zowel de eerste generatie migranten als hun nakomelingen (zowel tweede als derde generatie). Het is een verzamelnaam voor die personen die door zichzelf of door de maatschappij als een minderheidsgroep beschouwd worden ten aanzien van de meerderheid van de bevolking door hun migratie-achtergrond. Het grote merendeel van de MEM in onze praktijk zijn patiënten van Marokkaanse herkomst.

In dit onderzoek proberen we een zicht te krijgen op de volgende thema's:

1. Hoe verhoudt het psychisch welzijn van de niet-werkende moeders in onze praktijk zich tegenover de algemene Belgische populatie? Wordt deze tendens ook herkend door andere zorgverleners in Brussel? Hoe uit zich deze problematiek in onze praktijk?
2. Wat stelt de literatuur voor als determinanten van geestelijke gezondheid en wat is er hierrond gekend voor de Belgische, Brusselse of Marokkaanse bevolking? Welke determinanten spelen een rol in het onwelzijn van deze niet-werkende moeders?
3. Wat stelt de literatuur voor als mogelijke oorzaken van therapieontrouw die een invloed zouden kunnen hebben op deze patiëntenpopulatie?
4. Wat stelt de literatuur voor als mogelijke behandelingen voor het psychisch onwelzijn van deze MEM? Wat zijn de bedenkingen van de Brusselse zorgverleners hierbij, welke ervaring hebben ze al opgedaan in het werken met deze patiëntenpopulatie en wat zouden volgens hen werkpunten kunnen zijn in een innovatieve manier van behandelen?

Wanneer we in dit artikel spreken over psychisch onwelzijn, spreken we van een algemeen mentaal beeld van 'zich niet goed in zijn vel voelen'. Het onderzoek handelt niet over ernstige psychiatrische problematiek.

Ik hoop met dit onderzoek enerzijds de hulpvraag rond psychisch onwelzijn bij de niet-werkende moeders en de causaliteit ervan in onze praktijk in kaart te brengen en anderzijds een aantal nieuwe behandeltechnieken te kunnen aanbieden die de artsen, psychologen en andere gezondheidswerkers actief in regio's waar de hulpvraag groot is, kunnen toevoegen aan hun standaardtechnieken wanneer deze onvoldoende resultaten geven.

De commissie Medische Ethiek van de Universitaire Ziekenhuizen K.U.Leuven gaf op 3 april 2015 gunstig advies voor dit onderzoeksproject (Appendix 1).

2. Methode

1. Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek bestond uit twee grote delen. Enerzijds werd nagegaan hoe de Belgische bevolking zich situeert met betrekking tot psychisch onwelzijn, wat de mogelijke determinanten zijn voor deze problematiek en hoe deze zich uiten in de Belgische, Brusselse, Molenbeekse en algemene MEM-populatie. Anderzijds werd er gezocht naar literatuur over de mogelijke therapievormen voor onze specifieke onderzoekspopulatie en welke factoren de therapietrouw beïnvloeden.

Het verkrijgen van de artikels verliep via verschillende kanalen.

Allereerst werd er via Pubmed en Limo gezocht op combinaties met 'immigrant', 'women', 'psychological distress', 'depression', 'GHQ-12', 'treatment', 'Europe', 'health', 'determinants', 'therapeutic compliance', 'factors'.

Op deze manier werden uiteindelijk 13 artikels weerhouden. Deze artikels betroffen vooral buitenlands onderzoek.

In verschillende opleidingen aangeboden door het ICHO (interuniversitair centrum voor huisartsen opleiding) of door de Vlaamse centra voor geestelijke gezondheidszorg die aansloten aan het onderwerp van de thesis, werden enkele specifiek Belgische of Vlaamse onderzoeken aangehaald. Veel van deze artikels zijn vrij verkrijgbaar via verschillende websites van de Vlaamse overheid, het Observatorium voor gezondheid en welzijn van Brussel-Hoofdstad, het Wetenschappelijk instituut voor Volksgezondheid of via de publicaties van de gemeente Molenbeek. Hiervan werden in dit onderzoek 7 artikels gebruikt.

Daarnaast werden enkele auteurs door verschillende specialisten op het terrein (appendix 4) aangeraden. Hiermee bekwamen we nog 6 artikels.

De gebruikte criteria om een artikel op te nemen in het onderzoek was de relevantie met betrekking tot het thema en de betrouwbaarheid van bron. Er werd rekening gehouden met het publicatiejaar van de artikels.

2. Kwantitatief onderzoek met behulp van een enquête

1. Selectie van de deelnemers

We kozen voor de volgende selectie: de patiënten moesten vrouwen zijn, tussen 25 en 50 jaar. Ze mochten niet werken en moesten moeder zijn. Deze criteria werden uitgekozen omdat het vooral deze patiënten zijn die we dagelijks tegenkomen op de consultatie met klachten van psychisch onwelzijn.

Onder 'werken' verstaan we ook een opleiding volgen of zwartwerk. We hadden vooral interesse in de vrouwen die buiten het huishouden geen andere dagelijkse bezigheden hebben.

Via ons medisch programma MEDIDOC lanceerden we een zoekvraag met als inclusiecriteria: Vrouw EN leeftijd 25 tem. 50 jaar.

Hieruit volgde een lijst van 340 vrouwen. Deze vrouwen deelden we op basis van de dossierkennis op in 2 groepen. In groep 1 deelden we alle vrouwen op die werken of een opleiding volgen en/of geen kinderen hebben. Dit waren 143 patiënten. Groep 2 bestond uit de niet-werkende moeders en de vrouwen waarvan we over onvoldoende gegevens beschikten. Deze groep telde 197 patiënten.

2. Enquêtering

Praktische uitvoering

De vrouwen van groep 2 werden door verschillende praktijkmedewerkers geënquêteerd. Dit gebeurde zowel telefonisch als via de reguliere consultaties. Wanneer we voelden dat de vrouwen niet over voldoende talenkennis beschikten om telefonisch op de vragen te antwoorden, vroegen we hen om hiervoor naar de praktijk te komen.

De praktijkmedewerkers die de enquête afnamen waren 4 artsen, een verpleegster, een stagiaire geneeskunde, een relatietherapeute en een vrijwilligster.

Over het verloop van 3 maanden konden we uiteindelijk 164 vrouwen contacteren. Hiervan konden we nog 63 mensen toevoegen aan groep 1. Bij 11 vrouwen was de taalbarrière te groot om de enquête adequaat te kunnen afnemen. De overige 90 niet-werkende vrouwen vulden onze enquête in. Hiervan waren 3 enquêtes achteraf onvolledig.

Informed consent

Voor de start van de telefonische enquêtes werd een mondelinge informed consent gegeven door de respondent. De schriftelijke enquêtes bevatten steeds een informed consent formulier (appendix 2) dat aan het begin van de vragenlijst werd ondertekend.

3. Inhoud van de enquête

Om het psychisch welzijn van de niet-werkende moeders in onze praktijk te kunnen vergelijken met deze van de algemene Belgische populatie, kozen we ervoor de onderzochte patiëntenpopulatie een enquête voor te leggen (Appendix 2 en 3) die dezelfde vragen inhielden als de vragen die gebruikt werden voor de nationale gezondheidsenquête. Zij maakten gebruik van de korte General Health Questionnaire die bestaat uit 12 vragen (GHQ-12, tabel 1) omwille van de eenvoud van de test en haar internationale bekendheid.[1,2] Om een zicht te krijgen op de psychosomatiek en de tewerkstelling van de vrouwen in onze praktijk includeerden we naast deze 12 vragen nog een vraag over de aanwezigheid van chronische pijnklachten en werd gevraagd te bevestigen dat ze inderdaad werkloos waren op het moment van de enquête.

Op het einde van het gesprek, vroegen we de patiënte of we haar later opnieuw mochten contacteren voor verdere bevraging over het onderwerp, maar dit valt buiten het kader van deze thesis.

Deze enquête stelden we op in het Nederlands, Frans en Engels. De vragen van de GHQ-12 werden overgenomen van de bestaande vertalingen in het Nederlands[2] en in het Engels. De Franstalige versie werd vertaald en nadien overlopen met verschillende Franstalige praktijkmedewerkers om een zo correct mogelijke vertaling te bekomen.

Het doel van de enquête was tweedelig. Enerzijds leverde het ons meer informatie op over het psychisch welzijn van deze patiëntenpopulatie in onze praktijk en konden we de noden hiermee beter in kaart brengen en anderzijds konden we de bekomen resultaten vergelijken met de resultaten van de Nationale Gezondheidsenquête van 2013.

GHQ-12

De GHQ schat, in haar korte versie (12 items, tabel 1), een algemeen ziektebeeld dat opgevat wordt als een enkele pathologische groep: ‘onwelzijn’. De resultaten geven de waarschijnlijkheid weer van een psychisch probleem. Deze vragenlijst beschrijft de huidige psychische toestand van de ondervraagde persoon aan de hand van zijn persoonlijke normen en kijkt dus niet naar een chronisch of vroeger probleem. Daarom is de referentietijd van deze vragenlijst ‘de laatste tijd’ en de referentienorm van de antwoordcategorieën ‘meer/minder dan gewoonlijk’ (dit wil zeggen dat de recente veranderingen gemeten worden ten opzichte van de toestand die de persoon als ‘gewoon’ percipieert).[1]

De GHQ kan op 3 manieren worden gebruikt[2]:

a. Als schatter van de prevalentie van psychisch onwelzijn in een specifieke populatie. Dit maakt het mogelijk verschillende populaties te vergelijken of veranderingen in het psychisch onwelzijn binnen een populatie in de tijd te bestuderen.
b. Als toestands-vragenlijst, dat wil zeggen als maat voor de ernst van het psychisch onwelzijn. De totaalscore kan worden opgevat als de positie van de respondent op een continuüm dat loopt van geen psychisch onwelzijn naar intens psychisch onwelzijn.
c. Als screeningsinstrument, voor de detectie van potentiële psychiatrische gevallen (bijvoorbeeld als eerste traps-instrument in een tweetraps steekproef). Hierbij worden de scores gedichotomiseerd aan de hand van een drempelwaarde. Personen met een GHQ-totaalscore groter of gelijk aan de drempelwaarde worden als mogelijke cases beschouwd en verder opgevolgd, personen met een totaalscore kleiner dan de drempelwaarde worden als gezond beschouwd.

In dit onderzoek worden de resultaten gebruikt als schatter van de prevalentie in onze praktijk om deze nadien te vergelijken met de nationale resultaten.

2.1. GHQ-12 VRAGEN (PSYCHISCH WELBEVINDEN VERSUS ONWELBEVINDEN)

Referentieperiode	De laatste weken
Antwoordcategorieën	Voor elke vraag zijn er vier antwoordmogelijkheden (variabel in functie van de vragen) met referentie naar wat gewoonlijk het geval is
Voorbeelden van de antwoordcategorieën	1. Beter dan gewoonlijk / 2. Net zo goed als gewoonlijk / 3. Minder goed dan gewoonlijk / 4. Veel minder goed dan gewoonlijk
	1. Helemaal niet / 2. Niet meer dan gewoonlijk / 3. Wat meer dan gewoonlijk / 4. Veel meer dan gewoonlijk.
Vragen	"In de afgelopen weken, …"
WB.01	hebt u zich kunnen concentreren op uw bezigheden?
WB.02	bent u door zorgen veel slaap tekort gekomen?
WB.03	hebt u het gevoel gehad zinvol bezig te zijn?
WB.04	voelde u zich in staat om beslissingen (over dingen) te nemen?
WB.05	hebt u het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?
WB.06	hebt u het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kon?
WB.07	hebt u plezier kunnen beleven aan uw gewone, dagelijkse bezigheden?
WB.08	bent u in staat geweest uw problemen onder ogen te zien?
WB.09	heeft u zich ongelukkig en neerslachtig gevoeld?
WB.10	bent u het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt?
WB.11	hebt u zich als een waardeloos iemand beschouwd?
WB.12	hebt u zich alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld?

Tabel 1: Bron Belgische gezondheidsenquête 2013

Scoreberekening

In de standaard scoringsmethode van de GHQ-12 worden alleen afwijkingen van het normale dagelijkse functioneren (de antwoordcategorieën "wat meer dan gewoonlijk" en "veel meer dan gewoonlijk") als pathologisch beschouwd en krijgen zij een deelscore 1. De antwoorden "minder dan anders" of "niet meer dan anders" krijgen hierbij dus de deelscore 0. Het geheel van de 12 deelscores van de 12 verschillende vragen worden opgeteld. De drempelwaarde waarbij de totaalscore als pathologisch wordt beschouwd is afhankelijk van de populatie die de test afneemt. Wanneer de test in een psychiatrische setting wordt afgenomen en dient om een onderscheid te maken tussen de patiënten onderling, zal de drempelwaarde hoger liggen dan wanneer een algemeen bevolkingsonderzoek gebeurt. [2]

In de Nationale gezondheidsenquête werd de drempelwaarde score 2 of meer (2+) gebruikt als indicator met betrekking tot het hebben van psychische problemen. Dit stemt overeen met de definitie van iemand die minstens twee 'abnormale' psychische klachten heeft, wat een aanwijzing is van een mogelijke psychopathologie. Drempelwaarde score 4 of meer (4+) werd gebruikt als indicator met betrekking tot het

hebben van een reële kans op een psychische aandoening. Dit stemt overeen met de definitie van de meest ernstige gevallen, met inbegrip van minstens 4 'abnormale' psychische klachten. Personen met deze score vereisen in principe een professionele begeleiding.[1]
Deze drempelwaardes worden aangeraden in een algemeen bevolkingsonderzoek.
Om achteraf de Belgische resultaten te kunnen vergelijken met de resultaten uit de praktijk werden dezelfde drempelwaarden overgenomen.

Psychosomatiek

Naast de 12 vragen van de GHQ-12, voegden we nog een vraag toe aan de enquête om na te gaan of er een correlatie was in de psychische en somatische klachten, omdat we een vermoeden hadden van veel psychosomatiek bij onze patiëntenpopulatie. We stelden de vraag "*Heeft u de laatste tijd veel chronische pijnklachten?"* in hetzelfde formaat als de vorige vragen. De mogelijke antwoorden waren hier ook 'minder dan gewoonlijk' 'zoals gewoonlijk' ' meer dan gewoonlijk' en ' veel meer dan gewoonlijk'. Als we hier dezelfde scoreberekening op toepasten dan op de GHQ-12, konden we de eerste twee mogelijkheden gelijkstellen aan 'geen toename van de klachten' en de laatste twee antwoorden klasseren als 'toename van de klachten'.

Invloed van determinanten

De factor 'tewerkstelling', een van de determinanten die een invloed hebben op de geestelijke gezondheid, werd voor onze 25- tot 50-jarige vrouwen onderzocht voor elke regio van herkomst.

Berekening van de werkloosheidsgraad van alle vrouwen in onze praktijk per regio van herkomst.
Om de algemene tewerkstelling bij de vrouwen binnen de leeftijdscategorie 25-50 jaar van de verschillende regio's van herkomst te vergelijken, gingen we als volgt te werk.

Van alle vrouwen in onze praktijk tussen 25 en 50 jaar, dat waren er 340, konden we op basis van dossierkennis een regio van origine bepalen. We deelden de vrouwen op in 5 ruwe regio's. Enkele regio's waren zeer specifiek, andere zeer breed: België, Maghreb, Oost-Europa, Pakistan en Afrika. Er werd geen verschil gemaakt tussen eerste, tweede of derde generatie.

Wanneer we dan het aantal vrouwen uit elk van deze groepen waarvan we met zekerheid wisten dat ze niet werkten (omwille van de deelname aan de enquête of op basis van dossierkennis) deelden door het totaal aantal vrouwen van elke groep (x100), bekwamen we het percentage werkloze vrouwen per regio van herkomst. Omdat we niet van alle vrouwen in onze praktijk op de hoogte waren van de werkstatus, kan het zijn dat er nog meer vrouwen waren die niet werken. De bekomen percentages zijn dus minimumpercentages.

Berekening van het percentage niet-werkende moeders met een reële kans op een psychische aandoening per regio van herkomst.
Om nadien per regio te berekenen hoeveel percent van deze werkloze vrouwen een reële kans maken op een psychische aandoening (4+), deelden we alle vrouwen die de enquête invulden op per regio van herkomst. Dit gebeurde opnieuw op basis van dossierkennis. Van elke regio telden we de vrouwen met een score 4+ en deelden dit aantal door het totale aantal vrouwen dat de enquête invulden per respectievelijke regio van herkomst.

3. Kwalitatief onderzoek op basis van focusgroepen

Om na te gaan of deze problematiek herkend wordt bij de verschillende (geestelijke) gezondheidszorg actoren in Brussel, maar ook om na te gaan wat de bestaande ervaring is voor de behandeling van dit psychisch onwelzijn, wat de opinie van de zorgverleners is in verband met de voorstellen in de literatuur en wat mogelijke werkpunten voor een innovatieve behandeling zouden kunnen zijn, organiseerden we 3 focusgroepen. Twee Nederlandstalige en één Franstalige focusgroep.

1. Focusgroepen

Focusgroepen worden omschreven als een onderzoekstechniek die gegevens verzamelt doorheen groepsinteractie over een onderwerp dat bepaald is door de onderzoeker. Kortom, het is de onderzoeker die de focus aanbrengt en de groepsinteractie die de data verzorgt vanuit de persoonlijke ervaring van de deelnemers.[3]
Bij focusgroepen probeert men niet enkel te onderzoeken *wat* mensen denken, maar ook *hoe* en *waarom* ze op die manier denken. Focusgroepen hebben wat dat betreft het voordeel dat de verschillende disciplines in dialoog kunnen gaan. Hierdoor kan men ook zicht krijgen op de mate van onderlinge consensus en verschillen.[3]
Wanneer de groepsdynamiek goed werkt, kan het onderzoek in nieuwe, soms onverwachte richtingen gaan. De onderlinge communicatie in groep kan immers aspecten naar boven brengen die niet in individuele interviews zouden zijn ontdekt. Bij focusgroepen probeert men zicht te krijgen op de heersende ervaringen, attitudes en noden. Het gaat hierbij niet om het formuleren van besluiten, maar om het genereren van hypothesen. [3]

2. Uitnodiging deelnemers en verloop focusgroepen met zorgverleners

Nederlandstalige focusgroepen

In samenwerking met het Huis voor Gezondheid (samenwerkingsstructuur van Nederlandstalige gezondheidsorganisaties binnen het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad) contacteerden we verschillende huisartsen, geestelijke gezondheidszorg-actoren, sociaal assistenten maar ook actoren in de culturele omkadering van onze onderzoekspopulatie die in of rond Sint-Jans-Molenbeek actief zijn. We kozen voor deze disciplines omdat we hiermee een breder beeld konden scheppen van de noden bij de onderzochte patiëntenpopulatie. Hiermee konden we onze 'medische' blik verruimen naar een meer 'maatschappelijke' blik. Een cruciaal selectiepunt was dat de zorgverleners actief moesten zijn binnen Brussel.

We nodigden hen uit tijdens twee focusgroepen om te horen wat de ervaringen zijn met de bestaande behandeltechnieken, om de informatie uit de literatuur te bespreken en om creatief na te denken over andere mogelijke manieren om de onderzoekspopulatie te ondersteunen.

De focusgroepen duurden twee uur en we bespraken telkens drie hoofdvragen: 1. Herkent u de problematiek van moeilijk te behandelen psychische klachten bij huismoeders in en rond Molenbeek en wat is uw ervaring? 2. Wat is uw mening over de behandeltips uit de literatuur? 3. Tijd voor onze eigen creativiteit! We proberen 'out of the box' te denken en zelf voorstellen te bedenken die mogelijks voordelig zouden kunnen zijn voor onze patiënten.

Franstalige focusgroepen

Voor de Franstalige focusgroepen gingen we op dezelfde manier te werk. Er werden 31 uitnodigingen verstuurd naar Franstalige psychologen in Brussel, verschillende huisartsenpraktijken waaronder enkele 'maisons médicales' in of rond Sint-Jans-Molenbeek, maar ook naar diverse organisaties die met onze patiëntenpopulatie in contact komen. De respons hierop was zeer laag, we kregen slechts één positief antwoord terug. Dit kwam van een van de aangeschreven wijkgezondheidscentra. Zij stelden voor om de focusgroep met hun voltallige team te houden. Omdat het ons de kans gaf om de ervaring van een andere groepspraktijk, gelijkaardig aan de onze, te horen, zijn we hierop ingegaan.

Deze focusgroep duurde een uur en ook hier bespraken we de drie vernoemde vragen.

Deze drie focusgroepen werden opgenomen en volledig uitgeschreven. Nadien werden deze uitgeschreven versies via NVivo bijeengebracht en geanalyseerd. Een mindmap werd gemaakt om de gegevens uit de drie focusgroepen met elkaar te kunnen vergelijken en om een logische onderverdeling in de verschillende besproken onderwerpen te bekomen. Elke uitspraak van elke deelnemer werd onder een van deze onderverdelingen ingedeeld. Uiteindelijk bekwamen we een grote hoeveelheid quotes per onderdeel. Hiervan geven we in de resultaten telkens een of enkele quotes weer die de situatie het best verwoorden.

3. Resultaten

1. Literatuuronderzoek

DEEL 1: Hoe situeert de Belgische bevolking zich met betrekking tot psychisch onwelzijn. Wat zijn de determinanten van psychische gezondheid en hoe uiten ze zich in de Belgische, Brusselse, Molenbeekse en algemene MEM-populatie?

Om na te gaan wat de verhouding is van het psychisch welzijn van de niet-werkende moeders in onze praktijk tegenover de algemene Belgische populatie, bespreken we in dit hoofdstuk de gegevens uit de literatuur die ons een zicht geven op de situatie van het psychisch welzijn in België. Hiernaast bespreken we welke rol psychosomatiek speelt bij Marokkaanse patiënten. We bekijken wat de mogelijke determinanten zijn die een invloed hebben op de geestelijke gezondheid en zoomen hierop telkens wat meer in op de Brusselse of Marokkaanse bevolking en vullen dit aan met enkele gegevens uit Sint-Jans-Molenbeek.

1. Het psychisch onwelzijn in België en de mogelijke determinanten die hierop inspelen.

Algemene gegevens uit België

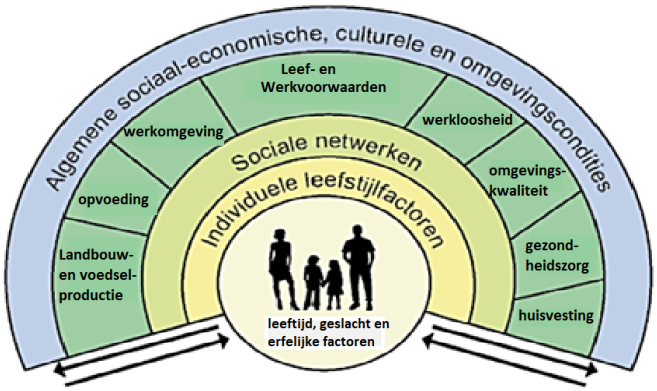
De resultaten van de Gezondheidsenquête 2013 tonen aan dat in België één op de drie personen (32%) van 15 jaar en ouder indicaties voor psychisch onwelzijn (2+) vertoont. Dit is een stijging in vergelijking met vroegere resultaten (tussen 2001 en 2008 gaf 25% tot 26% van de bevolking psychische problemen aan). 18% van de Belgische bevolking zou een reële kans hebben op een psychische aandoening (4+).[4]

Sociale determinanten van geestelijke gezondheid.

De sociale determinanten die een invloed hebben op de algemene gezondheid (dit is zowel de fysieke als de psychische gezondheid) van een persoon werden door Dahlgren en Whitehead in een overzichtelijke cirkel gegoten (figuur 1).

In het hart van het schema staan de factoren die relatief onveranderbaar zijn: leeftijd, geslacht, genetische en erfelijke factoren. In de omliggende lagen vinden we de determinanten die wel veranderbaar zijn.

Hoe hoger de laag in de cirkel, des te ingrijpender en sterker de invloed, omdat de factoren op het hogere niveau niet alleen rechtstreeks inwerken op het probleem, maar ook nog invloed uitoefenen op de factoren van de lagere niveaus. Met andere woorden: politieke factoren hebben een invloed op leef- en werkvoorwaarden, milieu, gezondheidszorg en opleiding. Deze hebben een invloed op de sociale netwerken van de patiënt die dan weer de individuele leefstijlfactoren bepalen. [5]



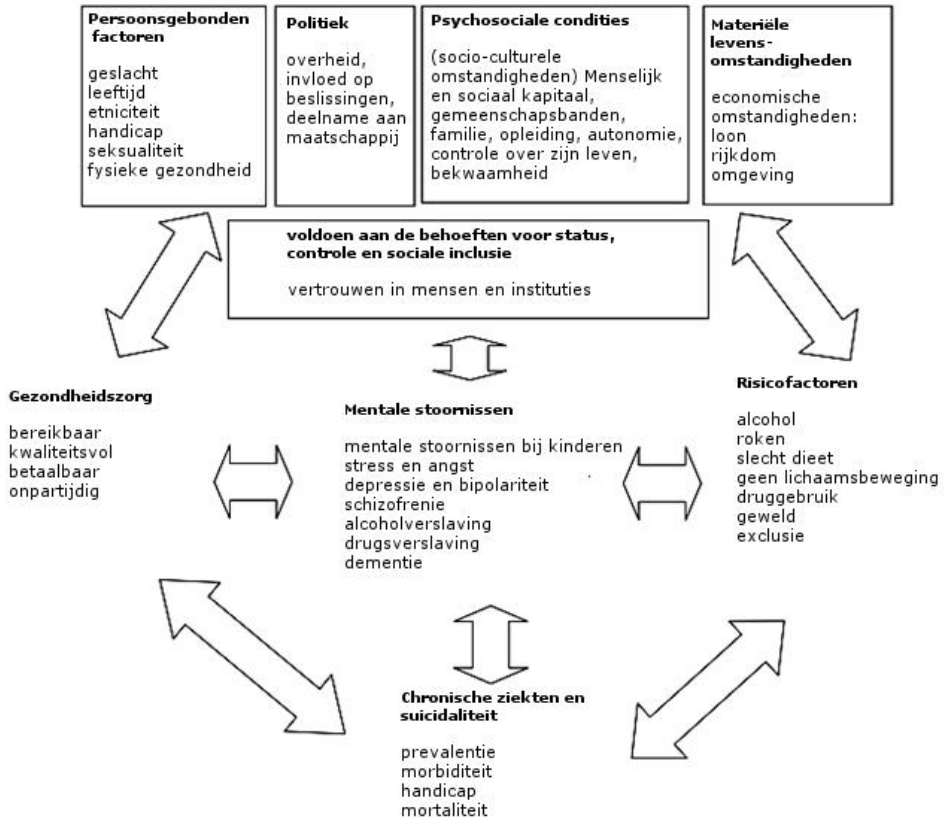
Figuur 1 Cirkel van Dahlgren en Whitehead

Wanneer men meer specifiek gaat zoeken naar de determinanten van geestelijke gezondheid, zien we dat de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in zijn Europees actieplan voor mentale gezondheid een zeer gelijkaardig schema voorstelt. (figuur 2)

Ook zij stellen dat de mentale gezondheid sterk afhangt van individuele, maar ook maatschappelijke en politieke factoren. Materiële levensomstandigheden, de psychosociale situatie waarin de persoon zich bevindt (familie, netwerken, educatie, autonomie,…), de persoonsgebonden factoren (geslacht, leeftijd, etniciteit, handicap, seksualiteit, fysieke gezondheid) en de politieke omgeving spelen een belangrijke rol in het al dan niet ontwikkelen van mentale stoornissen.

Risicofactoren zoals alcohol, roken, slechte voeding, weinig beweging, druggebruik, geweld en uitsluiting hebben zowel een invloed op deze determinanten als op het ontwikkelen van een mentale stoornis.

Belangrijk in deze cyclus is de aanwezigheid van een toegankelijk, betaalbaar en kwaliteitsvol gezondheidssysteem.



Figuur 2 Cyclus van mentaal welzijn volgens de WHO[6]

Hieronder verdiepen we ons in de verschillende lagen van de cirkel van Dahlgren en Whitehead en vergelijken we dit met wat we uit andere bronnen hebben vernomen.

a. Leeftijd, geslacht en erfelijke factoren: persoonsgebonden factoren

De middelste kern van de cirkel van Dahlgren en Whitehead komt overeen met wat in het schema van de WHO onder de noemer persoonsgebonden factoren valt. Niet enkel de algemene gezondheid, maar ook meer specifiek de psychische gezondheid wordt sterk beïnvloed door *persoonlijke factoren* zoals leeftijd, geslacht, land van herkomst, persoonlijkheid en veerkracht.[6,7]

Invloed van geslacht

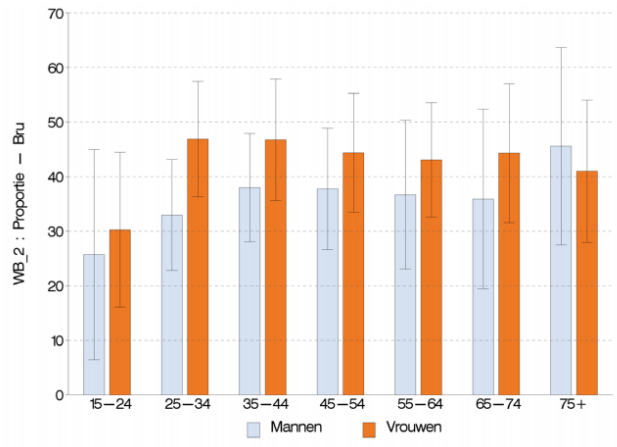
Volgens de Belgische gezondheidsenquête van 2013 is de gemiddelde GHQ-score ongunstiger bij vrouwen dan bij mannen. In termen van proporties vertonen vrouwen vaker dan mannen tekens van psychisch onwelzijn (35% versus 28%), en hebben ze ook een grotere reële kans op een psychische aandoening (20% versus 16%) (tabel 2).

We merken ook op dat in vergelijking met de algemene genderverschillen in België, de genderverschillen in de Turkse en Marokkaanse populatie bijna dubbel zo groot zijn wanneer het gaat om depressie en gegeneraliseerde angststoornissen. Dit werd berekend op basis van de resultaten van de nationale gezondheidsenquêtes van 1997, 2001 en 2004. [8]

Invloed van leeftijd

Wanneer in de gezondheidsenquête van 2013 de prevalentie volgens leeftijd wordt beschouwd, zonder een onderscheid naar geslacht te maken, dan worden over het algemeen in België de actieve bevolking (25-64 jaar) en de alleroudsten (75+) meer getroffen door psychische problemen, met een prevalentie van ca. 33%. De leeftijdsgroep van 65-74 jaar wordt proportioneel minder vaak (24%) getroffen door psychische problemen dan de rest van de bevolking. Deze resultaten suggereren dat het professionele leven en/of de familiale verantwoordelijkheden een potentiële bron van moeilijkheden zou(den) kunnen zijn.

Specifiek in Brussel (grafiek 1) is het percentage vrouwen met psychische problemen het laagst tussen 15 en 24 jaar (30%) zoals dat ook het geval is bij de mannen in deze leeftijdsgroep (25%). De prevalentie van psychische problemen bij vrouwen neemt sterk toe in de leeftijdsgroep van 25-34 jaar (47%), om in de volgende leeftijdsgroepen waarden tussen 43% en 47% aan te houden, en vanaf 75 jaar terug te lopen tot 41%.[2](tabel 2)

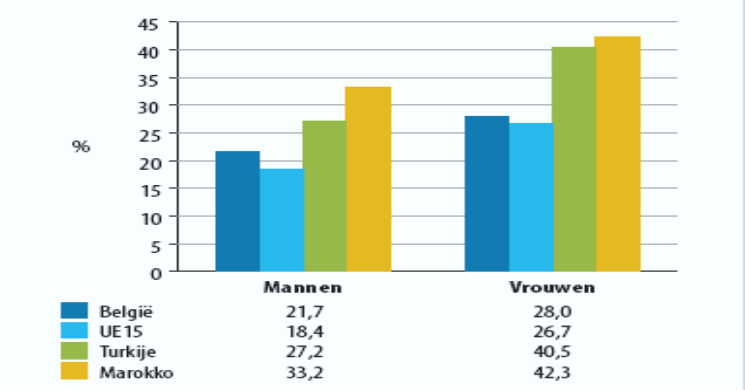


Grafiek 1 Percentage van de Brusselse bevolking (van 15 jaar en ouder) met recente psychische problemen, gemeten aan de hand van de gedichotomiseerde GHQ-12 score [2+], volgens leeftijd en geslacht, Gezondheidsenquête, België, 2013- Brussels gewest[2]

Invloed van land van herkomst

In de literatuur is men het niet altijd eens over de algemene gezondheidstoestand van immigranten. Sommige bronnen zeggen dat immigranten over het algemeen een slechtere psychosociale gezondheid hebben dan niet-immigranten, waarbij vrouwen over het algemeen een hoger risico vertonen.[7]
Anderen spreken over het 'healthy migrant effect'. Waarbij ze stellen dat de eerste generatie immigranten vaak gezonder zijn dan de autochtone Belgen, omdat het vooral gezonde mensen zijn die migreren.[9]
Er zijn echter grote verschillen bij de verschillende groepen immigranten onderling.

Met de resultaten uit de nationale gezondheidsenquêtes van 1997, 2001 en 2004 werden de subjectieve gezondheid en de prevalentie van mentale gezondheidsproblemen van immigranten onderling met de resultaten van de authentieke Belgen vergeleken. Een vergelijking werd gemaakt tussen Belgen – Grieken, Italianen, Spanjaarden (GIS) – andere EU-landen – Turken en Marokkanen en anderen. Zoals te zien is in figuur 3, viel het op dat Turken en Marokkanen in Brussel de eigen gezondheidstoestand slechter percipieerden dan autochtone Belgen, terwijl immigranten van binnen de EU de eigen gezondheidstoestand juist beter percipieerden. Ook in Vlaanderen zag men deze tendens bij de prevalentie van mentale gezondheidsproblemen. [8,9,10]



	Belgen	GIS	EU zonder GIS	Turken en Marokkanen	Andere	P<Chi²
1997-2001-2004 (individuen vanaf 15 jaar, N=10692)						
GHQ +2	23.46	25.89	22.05	33.88	20.34	***
GHQ +4	12.46	12.59	13.46	25.18	8.41	***
2001-2004 (individuen vanaf 15 jaar, N=7651)						
Ernstige depressie	7.04	3.79	7.19	24.35	8.33	***
Ernstige angsten	5.25	1.19	5.09	12.53	5.95	***
Ernstige somatische klachten	7.32	11.19	4.84	30.80	7.85	***
Ernstige slaapproblemen	19.78	36.18	13.83	19.65	16.58	***

Figuur 3. Boven: Aandeel Brusselaars die hun gezondheidstoestand niet als goed ervaren (2+) naar geslacht en nationaliteit, Brussel, 1997-2001-2004; Onder: Prevalentie van mentale gezondheidsproblemen bij de bevolking in Vlaanderen, naar regio van herkomst: in %[9]

Als hoofdreden van deze verschillen wordt een lagere socio-economische status aangehaald, met voornamelijk inkomen en ongelijkheid in tewerkstelling als oorzaak. Hiernaast worden racisme, discriminatie, acculturatie (het geheel van culturele en van persoonlijke veranderingen –andere waarden, gewoonten, normen en attitudes- die zich voordoen wanneer groepen of individuele personen die uit verschillende culturen afkomstig zijn, met elkaar moeten samenleven) en een grotere blootstelling aan stresserende levensgebeurtenissen voorgesteld als mogelijke voorspellers van psychisch onwelzijn bij immigranten.[7,8]

Interessant in Figuur 3 is dat we zien dat hoewel de prevalentie van ernstige angstklachten en ernstige depressie bijzonder hoog is bij de populatie van Turkse en Marokkaanse origine in vergelijking met de autochtone Belgen, het verschil in de prevalentie voor somatische klachten nog groter blijkt te zijn. We noteren hier maar liefst 30,80%, terwijl dit getal voor de Belgen viermaal lager ligt (7,32%). Ook buitenlands onderzoek zou aanwijzen dat de somatische klachten gerapporteerd binnen de Turkse en Marokkaanse gemeenschappen frequent als metafoor worden gebruikt voor depressie en veralgemeende angst.[9]

b. Persoonlijk gedrag en leefstijl: risicofactoren

Wat in het schema van de WHO als risicofactoren voor het ontwikkelen van mentale stoornissen wordt opgesomd, komt in de eerste laag van de cirkel terug onder de noemer persoonlijk gedrag en leefstijl.[5] Deze factoren worden vaak ook 'individuele' gedragingen genoemd, maar ze worden mee bepaald door de omgeving waarin de persoon zich bevindt. Een bepaald persoonlijk gedrag kan ook een coping mechanisme zijn voor een probleem dat uit een van de andere lagen opkomt.

c. Sociale netwerken of psychosociale condities

Een tweede laag wordt gevormd door het gezin, familie, vrienden, de gemeenschap en de buurt.[5]

Daar waar een ongunstige sociale situatie het psychisch onwelzijn kan vergroten, kan het hebben van goede sociale netwerken en het leven in een gezonde psychosociale omgeving een belangrijke buffer zijn voor het ontwikkelen van psychische problematiek.[11,12]

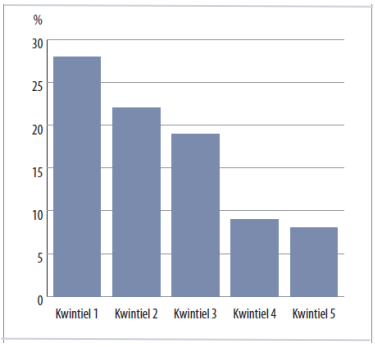
Uit onderzoek van de Turkse en Marokkaanse migrantenpopulatie bleek dat, in tegenstelling tot andere groepen, meer dan de helft van deze populatie niet bij een vereniging is aangesloten. Ook werd er vastgesteld dat, ondanks de gemiddeld grotere huishoudens, veel meer personen uit deze migrantenpopulatie het gevoel hebben niet over affectieve ondersteuning te beschikken vanuit hun sociaal netwerk.[9] Dezelfde tendens vernemen we vanuit een onderzoek van drie culturele partners in Molenbeek (de gemeentelijke Nederlandstalige cultuurdienst, de Nederlandstalige bibliotheek en het gemeenschapscentrum De Vaartkapoen) waar wordt opgemerkt dat er in Laag Molenbeek sprake is van verdoken achterstelling op vlak van sociale draagkracht, met weinig mogelijkheden tot sociale contacten en risico's op isolement.[13]
De literatuur bevestigt dat de sociale netwerken minder uitgebreid zijn bij mensen in een lagere sociaaleconomische situatie.[12]

d. Leef- en werkvoorwaarden: materiële levensomstandigheden en organisatie van de gezondheidszorg

De derde laag van het model wordt gevormd door factoren die de leef- en werkomgeving beïnvloeden.[5]

Een sterke correlatie tussen de psychische gezondheid en de materiële levensomstandigheden werd aangetoond. Factoren zoals armoede, werkloosheid, slechte arbeidsomstandigheden, ondermaatse huisvesting en onaangepast onderwijs hebben niet enkel een negatieve invloed op het welzijn, ze zorgen ook voor een aanzienlijke stijging van het risico op psychische stoornissen.[6]

Zo ziet men onder andere dat de Brusselse vrouwen met de laagste inkomens drie keer meer (28%) kans hebben op depressieve stoornissen, dan de vrouwen met de hoogste inkomens (8%)(zie grafiek 2 en tabel 2).[11]



Grafiek 2: Aandeel Brusselse vrouwen die symptomen van depressie vertonen in de loop van de afgelopen week per inkomenskwintiel. Bron: WIV 2008: Berekeningen observatorium voor Gezondheid & Welzijn in Brussel.[11]

Over Sint-Jans-Molenbeek lezen we het volgende: *"Sint-Jans-Molenbeek heeft een bevolking met een uiteenlopend sociaaleconomisch profiel, met hoofdzakelijk een combinatie van huishoudens uit de arbeidersklasse en uit de middenklasse. Dit vertaalt zich in een gemiddeld belastbaar inkomen dat veel lager is dan het gewestelijke gemiddelde, voornamelijk ten oosten van de gemeente en rond het historisch centrum, waar veel allochtonen uit de lagere klassen wonen. Inwoners met een laag inkomen, vaak een vervangingsinkomen, zijn in de gemeente duidelijk oververtegenwoordigd. De situatie is beter in het westen, waar een groter aandeel huishoudens uit de middenklasse woont."*[14]

De slechte materiële levensomstandigheden en het psychisch onwelzijn onderhouden elkaar in een vicieuze cirkel. Een slechte geestelijke gezondheid draagt bij tot slechtere resultaten in bijna alle facetten van het leven en zal zo een negatieve invloed hebben op de materiële levensomstandigheden. Dit versterkt vaak nog de ongelijkheid, omdat er meer kans is op psychische aandoeningen en psychisch onwelzijn in de meest achtergestelde groepen.[6,11]

Kwalitatieve gezondheidsdiensten, gezonde huisvesting, en (hoger) onderwijs kosten geld zodat de toegankelijkheid ervan beperkter is voor mensen met een laag inkomen. Hierdoor ontstaat een ongelijke spreiding van gezondheidsrisico's tussen de verschillende economische klassen. [12]

Gezondheidszorg

Uit onderzoek van de gegevens van de vorige gezondheidsenquêtes (1997, 2001 en 2004) bleek dat bij de Turkse en Marokkaanse huishoudens vijf à zes huishoudens op de tien aangaven dat de uitgaven voor gezondheidszorg te hoog lagen en moeilijk pasten in hun huishoudbudget. Een op vier huishoudens stelde medische zorg uit omwille van financiële redenen. Bij de autochtone bevolking zagen we toen dat één persoon op vier aangaf dat de kosten te hoog waren en dat 4.74% hierdoor medische zorgen had moeten uitstellen.[9]
In de nationale gezondheidsenquête van 2013 zien we dat deze getallen nog gestegen zijn. In Brussel geven 39% van de huishoudens behorende tot het laagste inkomenskwintiel aan medische consumptie te moeten uitstellen. Voor de algemene Brusselse bevolking is dit 22,5%.[15]

Ook andere factoren in de organisatie van het gezondheidssysteem spelen een rol. Zo verhogen bijvoorbeeld de complexe administratieve procedures en een gebrekkige samenwerking tussen de hulpverleners de drempel.

Opleiding

De gemiddelde percentages van psychische problemen (2+) en van een reële kans op een psychische aandoening (4+) in 2013 variëren in functie van het opleidingsniveau. Personen uit de laagst geschoolde huishoudens (diploma lager of geen diploma) hebben gemiddeld een hogere score van onwelzijn (in Brussel: 46%-59%) en geven vaker aan psychische problemen te hebben dan diegenen afkomstig uit huishoudens waar minstens één persoon een hoger opleidingsniveau heeft (in Brussel: 37%-38%) (tabel2). Voor elke indicator van onwelzijn is het verschil tussen de laagst geschoolden en de andere opleidingsniveaus significant na correctie voor leeftijd en geslacht. Deze resultaten geven aan dat, onafhankelijk van de leeftijd en het geslacht, personen uit minder begunstigde sociale milieus kwetsbaarder zijn bij tegenslag in het leven.[1]

Wat opleiding betreft, ziet men dat de Molenbeekse jongeren na het leerplichtonderwijs, veel minder hoger onderwijs volgen dan de gemiddelde Brusselaar. Dit is vooral het geval in de oostelijke wijken van de gemeente en in de concentratie van sociale woningen, waar de ouders vaak geen universitair diploma of zelfs geen diploma algemeen secundair onderwijs hebben.[14]

Woonplaats

In het nationaal onderzoek van 2013 werden meer psychische problemen gemeld door inwoners van grote steden dan door inwoners van landelijke of halfstedelijke gemeenten. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werd een grotere concentratie personen met psychische problemen (40%) waargenomen dan in het Waals Gewest (35%) en het Vlaams Gewest (29%) (tabel2).[4]
De verschillen blijven significant (p=0,03) na correctie voor leeftijd en geslacht. Er is echter geen statistisch significant verschil in de prevalentie van een reële kans op een psychische aandoening volgens urbanisatiegraad.[1]

Tewerkstelling

Hoewel de Nationale Gezondheidsenquêtes geen specifieke cijfers geven over het verschil in psychisch onwelzijn bij werkende en niet-werkende Belgen, bevestigt de literatuur dat er een belangrijke negatieve impact is van werkloosheid op het psychisch onwelzijn en op gezondheid in het algemeen. [16,17] Een grootschalig Australisch onderzoek bevraagt met de GHQ-12 het psychisch onwelzijn bij de immigranten en concludeert dat het psychisch onwelzijn significant stijgt bij langdurig werkloze immigranten.[17]

e. Structurele factoren, politieke omgeving

De vierde (en buitenste) laag bevat de structurele, politieke factoren.[5] Dit omvat de algemene sociaaleconomische en culturele omstandigheden, alsook de kwaliteit van het leefmilieu. De beslissingen die door de overheden worden genomen, kunnen een invloed hebben op de gezondheid van de bevolking. Deze beslissingen hoeven niet noodzakelijk rechtstreeks een verband te hebben met de gezondheidszorg, ook veiligheid, hygiëne, voeding, vervoer, sport, cultuur, werkvoorziening etc. hangen sterk af van het lokale beleid van de overheden. [12]

In Tabel 2, maken we een overzicht van de resultaten voor de verschillende determinanten.

gender	vrouwen	mannen
2+	35%	28%
4+	20%	16%
Woonplaats	Brussel	Vlaanderen
2+	40%	29%
land van herkomst 1977-2001-2004	Turkije en Marokko	Belgen
2+	33,88%	23,46%
4+	25,18%	12,46%
inkomenskwintiel	laagste	hoogste
kans op depressie	28%	8%
opleiding (Brussel)	diploma lager of geen	hoger diploma
2+	46%-59%	37%-38%
leeftijd van vrouwen in Brussel	25-45 jaar	75+
2+	47%	41%

Tabel 2: overzicht verschillen in resultaten voor de verschillende determinanten.

DEEL 2: Oorzaken van therapieontrouw en mogelijke behandelvoorstellen.

Omwille van de grote therapieontrouw bij de besproken patiëntenpopulatie in onze praktijk, gaan we na wat de literatuur ons aangeeft als mogelijke oorzaken van dit gegeven. Hiernaast geven we in dit hoofdstuk enkele alternatieve behandeltechnieken uit de literatuur weer die mogelijks beter zouden kunnen aanslaan bij deze vrouwen.

1. Oorzaken van therapieontrouw.

"Therapietrouw wordt opgevat als de resultante van een samenwerkingsrelatie waarin patiënt en behandelaar samen een behandelstrategie uitwerken en vervolgens uitvoeren".[18, 20]

Therapieontrouw betekent de voorgeschreven en vooraf afgesproken (medische) behandelingen (o.a. medicijnen, diëten, bewegingsoefeningen) en therapieën gedeeltelijk, verkeerdelijk of niet correct opvolgen met als gevolg dat de behandeling onvoldoende helpt of de klacht niet vermindert.[20]

In de praktijk omvat therapieontrouw:
1. het zich niet aan afspraken en huiswerkopdrachten houden (waaronder bijvoorbeeld het wisselvallig of niet innemen van medicatie),
2. het zonder afmelden niet op een specifieke afspraak verschijnen (= no-show),
3. het uit eigen beweging voortijdig stoppen met de behandeling (= drop-out). [18,20]

Factoren die een invloed hebben op de therapietrouw kunnen we indelen in 4 grote groepen. De persoonsgebonden factoren, de aandoeningsgebonden factoren, de therapiegebonden factoren en de socio-culturele factoren.[20]

De persoonsgebonden factoren omvatten onder andere de leeftijd, de socio-economische status en de motivatie. Er zouden geen significante verschillen zijn in functie van de opleiding en het geslacht wanneer men de therapietrouw beschouwt. Het kunnen lezen, begrijpen en onthouden van de instructies en medische informatie hebben wel een significant effect. [18,19,20,21]

De aandoeningsgebonden factoren zijn vooral ziektebesef en ziekte-inzicht, de ernst van de klachten en de ervaren behoefte. Mensen met een slechte geestelijke gezondheid hebben meer moeite om toegang te krijgen tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg. [6,18,19]

De therapiegebonden factoren zoals de therapeutische relatie, de kostprijs, de duur en complexiteit van de behandeling, medicatie (soort medicatie, bijwerkingen en frequentie), de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg, de manier waarop de patiënt deze kwaliteit ervaart en de resultaten van de interventies hebben een invloed op de therapietrouw.[6,18,19,20]
Het is belangrijk hierbij te vermelden dat volgens verschillende onderzoekers veel immigranten weinig begrip en vertrouwen hebben in de westerse stijl van geestelijke gezondheidszorg. Ze gebruiken liever alternatieve of traditionele medicatie of technieken. Opgevolgd worden door een psycholoog of 'gesprekstherapie' kan als opdringerig ervaren worden en het spreken over mentale gezondheidsproblemen buiten de familie zou als oneerbaar gedrag aanzien worden. Het behandelen van een patiënt die opgegroeid is in een gemeenschapsgerichte cultuur met onze individualistische Westerse aanpak, zal mogelijks zijn doel missen. Hiernaast zouden deze vrouwen ook minder op de hoogte zijn van de beschikbare zorg en denken velen dat ze de zorgen financieel niet aankunnen. [21,22]

En ten slotte zijn er de socio-culturele factoren.
Men ziet dat bij bepaalde etnische minderheden de gemeenschap waar ze deel van uitmaken een zeer grote invloed heeft op hoe de vrouwen en hun gezinnen omgaan met mentale gezondheidsproblemen. Ook de familie wordt omschreven als een sterke, controlerende invloed op de gezondheid van deze vrouwen. De angst voor stigmatisatie wanneer geweten is dat een familielid lijdt aan een mentale stoornis, kan ervoor zorgen dat de patiënt nooit de nodige hulp bereikt.[22]

Enkele voorbeelden van socio-culturele factoren die mogelijks een invloed hebben op de therapietrouw zijn het bestaan van lotgenotengroepen, ingeschakeld zijn in het sociaal netwerk van de stad of gemeente, preventiecampagnes, gezondheidswetgeving en maatschappelijke gezondheidszorg.[18, 19,20]

2. Enkele voorstellen tot behandeling.

In de literatuur vinden we enkele voorstellen voor behandeling van patiënten uit andere culturen die mogelijks beter aanslaan dan onze toegeëigende Westerse behandeltechnieken.

Holistische benadering

Uiteraard beginnen de meeste artikels met de nood aan een holistische benadering en een open houding als vertrekpunt voor de zorgverleners. Cultureel competente zorg begint volgens sommige auteurs met een culturele anamnese waarbij het belangrijk is de culturele identiteit, religie en context van de patiënt te identificeren en zoveel mogelijk te begrijpen alvorens een diagnose te stellen en de behandelingstechniek te bepalen. [22,23]

In bepaalde culturen wordt een probleemgerichte therapie beter aanvaard dan een emotiegerichte therapie op voorwaarde dat ze rekening houdt met de gevestigde structuren in deze cultuur. In het Westen is de geestelijke gezondheidszorg vooral gericht op het individu, wat in meer gemeenschapsgerichte culturen niet de beste aanpak is.[22]
Het spreekt voor zich dat het aanbieden van een zorgverlener die dezelfde taal spreekt als de patiënt of het gebruik maken van een goede tolk, een groot verschil maakt in de kwaliteit van de zorg.[22]

In een Amerikaanse studie over geestelijke gezondheidszorg bij moslims benadrukken de onderzoekers het belang van de rolpatronen van vrouwen tegenover mannen. Interactie tussen mannen en vrouwen is gelimiteerd tot de directe familie. Therapie volgen bij een mannelijke zorgverlener kan een obstakel zijn. Hoewel dit over de jaren heen stilaan minder impact heeft, blijft het toch een belangrijk taboe.[22]

In verschillende artikels werd het belang van multidisciplinair samenwerken benadrukt. Psychologen, artsen, verpleegkundigen, sociaal assistenten, organisaties voor vluchtelingen, associaties voor logement en tewerkstelling zouden meer kunnen samenwerken om een kwaliteitsvolle zorg te verzekeren en de lasten te verdelen.[22]

Groepstherapie en ontwikkelen van netwerken

Het deelnemen aan groepssessies waar patiënten aan kunnen deelnemen, kan een manier zijn om om te gaan met psychisch onwelzijn.
Uit onderzoek met Vlamingen die in armoede leven, blijkt dat de participatie aan een groep waarin ze zich kunnen uiten, een positieve invloed heeft op hun psychisch welzijn. Ze vinden er begrip, ondersteuning en een luisterend oor. Ze worden er aanvaard en hebben eindelijk het gevoel ergens bij te horen.[12]

De literatuur spreekt over 3 vormen van groepssessies.

(1) Zoals hierboven beschreven kan het participeren aan een socio-culturele groep een positieve invloed hebben op het psychisch welzijn. Hier wordt niet noodzakelijk aan therapie gedaan. Ondersteuning, identiteit creëren, een sociaal vangnet ontwikkelen en even ‘iets anders’ doen kan al een therapeutische invloed hebben.
(2) Een tweede vorm is echte psychotherapie, maar in groep. Dit zou in de gemeenschapsgerichte culturen een aanvaardbare therapievorm kunnen zijn. Hierbij moet wel de confidentialiteit in rekening gebracht worden die kan bijdragen tot de stigmatisering. Ook andere barrières zoals moeilijkheden in verband met de taal of interetnische conflicten waarbij bepaalde etnische groeperingen het moeilijk zouden kunnen hebben om samen therapie te volgen omwille van de actualiteit in hun landen van herkomst spelen een rol.[24]
(3) Een derde vorm is een volledig programma dat in groep doorlopen kan worden met aangepaste educatie en praatgroepen met als doel om de patiënt te ‘empoweren’ of anders verwoord: aan te moedigen om een actievere rol te spelen in hun eigen gezondheidszorg door middel van educatie en aangepaste ondersteuning. Opleidingen over familie, werk en tijdsmanagement kunnen worden aangeboden.[25]

Inschakelen van bestaande netwerken

Het ondersteunen van de familie door aangepaste uitleg over ziekte en behandeling, kan een efficiënte manier zijn om een gezondheidsprobleem aan te pakken en de gezondheidszorg beschikbaarder te maken bij vrouwelijke MEM.[21]

Ook een samenwerking met spirituele leiders of leiders van de verschillende gemeenschappen kan leiden tot meer bekendheid bij de patiënten en drempelverlagend werken. Outreach projecten zoals workshops en presentaties kunnen gehouden worden in gekende ontmoetingsplaatsen van de verschillende gemeenschappen zoals de tempel, moskee en andere plaatsen waar vrouwen samenkomen en zo de gezondheidszorg meer bereikbaar te maken.[21]

2. Resultaten kwantitatief onderzoek: enquête in de groepspraktijk.

In dit hoofdstuk bespreken we de resultaten van de uitgevoerde enquête in verband met het psychisch welzijn van de niet-werkende moeders in onze praktijk om deze resultaten in een latere fase te vergelijken met de eerder besproken Belgische resultaten. Hiernaast beschrijven we de resultaten van de vraag naar chronische pijnklachten in de hoop hiermee iets meer te weten te komen over psychosomatiek bij deze vrouwen.
En ten slotte vergelijken we in meer detail de determinanten 'tewerkstelling' en 'land van herkomst' van de 25- tot 50-jarige vrouwen in onze praktijk en bespreken we wat per regio de percentages zijn van de bevraagde vrouwen met een hoge kans op een psychische aandoening.

Het is belangrijk te noteren dat onze praktijk een zeer multiculturele praktijk is. Van de 340 vrouwen tussen 25 en 50 jaar, zijn slechts 49 vrouwen, of 14%, 'authentiek Belg' – voor zover het mogelijk is om deze stelling te plaatsen. De andere 291 vrouwen behoren tot de groep migranten en etnische minderheden (MEM).[26] Van de 87 ondervraagde vrouwen behoorden 86 vrouwen tot deze MEM.

1. Het psychisch (on)welzijn in de groepspraktijk

Op basis van de 87 ingevulde enquêtes berekenden we welke eindscores de huismoeders in onze praktijk behaalden op de GHQ-12. Zoals eerder besproken, werden de drempelwaarden in de nationale gezondheidsenquête gelegd op 2+ als indicator voor psychische problemen en 4+ als indicator voor een reële kans op psychische aandoeningen die professionele begeleiding vereisen.

We behouden dezelfde drempelwaarden om deze nadien te kunnen vergelijken met de algemene Belgische en Brusselse bevolking.

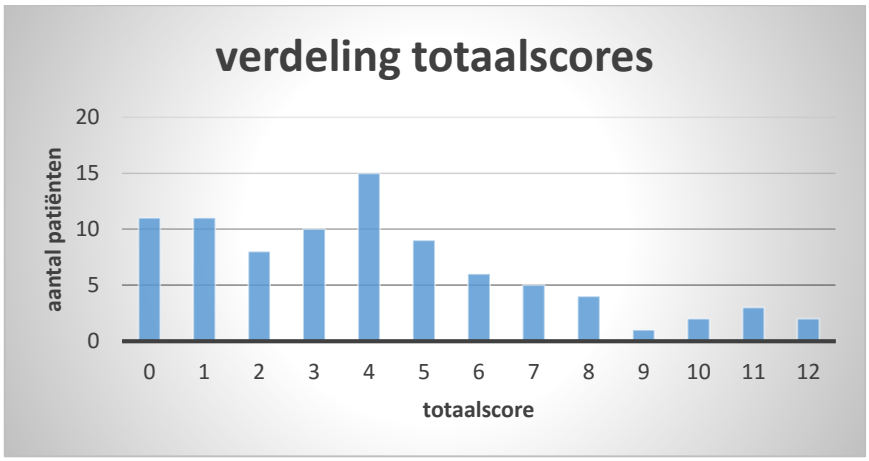
totaalscore	Aantal huismoeders	Percentage
<2	22	25,3%
2+	65	74,7%
4+	47	54%

Tabel 3 verhouding totaalscores in onze praktijk

Van de 87 deelnemende vrouwen scoorden 22 vrouwen minder dan 2 als totaalscore. Dit komt overeen met 25,3%. De overige 74,7% scoorde twee of meer en valt dus, wanneer ze vergeleken wordt met de algemene Belgische bevolking, in de categorie met psychische problemen. (Tabel 3)

Wanneer we drempelwaarde 4+ bekeken, bekwamen we 47 vrouwen met een score van vier of meer. Dit is 54% van alle ondervraagde huismoeders in onze praktijk. Dit komt overeen met een reële kans op het hebben van een psychische aandoening en benodigt een professionele behandeling. (Tabel 3)

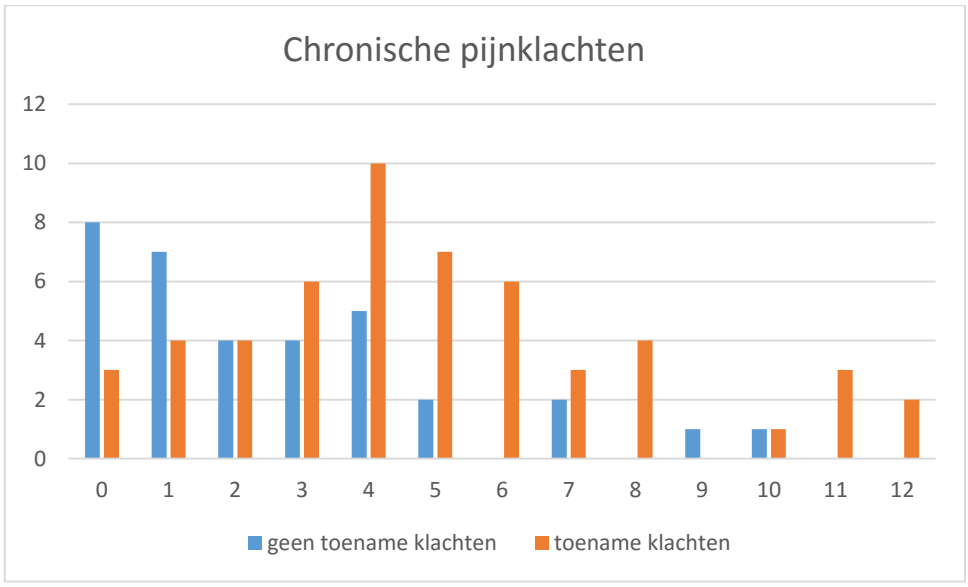
In grafiek 3 tonen we de spreiding van de GHQ-12 totaalscores.



Grafiek 3: Verdeling van de GHQ-12 totaalscores bij de 25-50 jarige huismoeders in onze praktijk

Psychosomatiek of lichamelijk (on)welzijn

Wanneer we de chronische pijnklachten navragen en nagaan hoe de klachten zich verhouden tegenover de resultaten op de GHQ-12, kunnen we in grafiek 6 zien dat er zich inderdaad meer lichamelijke klachten voordoen bij een stijgende GHQ-12 totaalscore. Wanneer we kijken bij de vrouwen met een GHQ-12 score onder de 2, zien we dat een groot deel van deze vrouwen geen toename van de lichamelijke klachten vertoont. Bij een GHQ-12 totaalscore tussen 2 en 4, zien we bij een kleine meerderheid een toename van de lichamelijke klachten. Wanneer we echter de vrouwen met een GHQ-12 totaalscore van 4 of meer bekijken, geeft 77% van de vrouwen een toename van de chronische lichamelijke klachten aan. In het totaal signaleren 61% van de vrouwen een toename van de klachten.

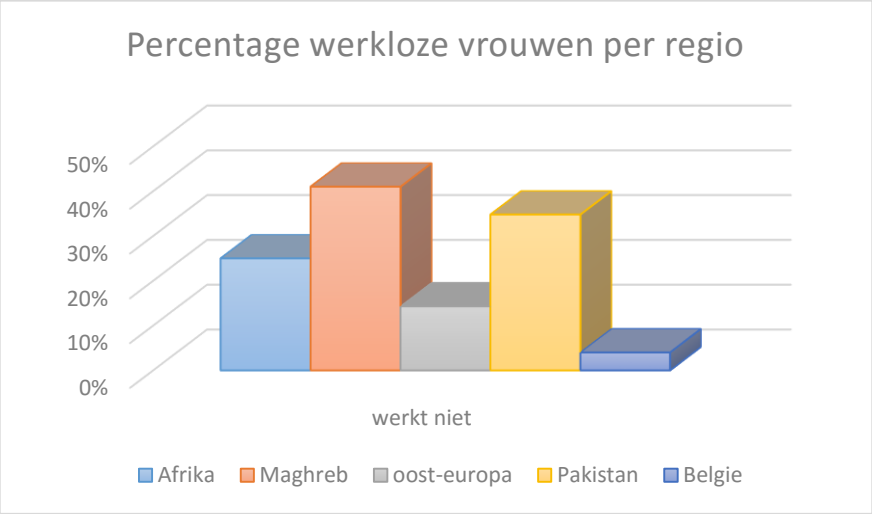


Grafiek 6: Neerslag van de toe- of afname van chronische pijnklachten bij de onderzochte patiëntenpopulatie.

2. Onderzochte determinanten

Werkloosheidsgraad van alle vrouwen in onze praktijk per regio van herkomst

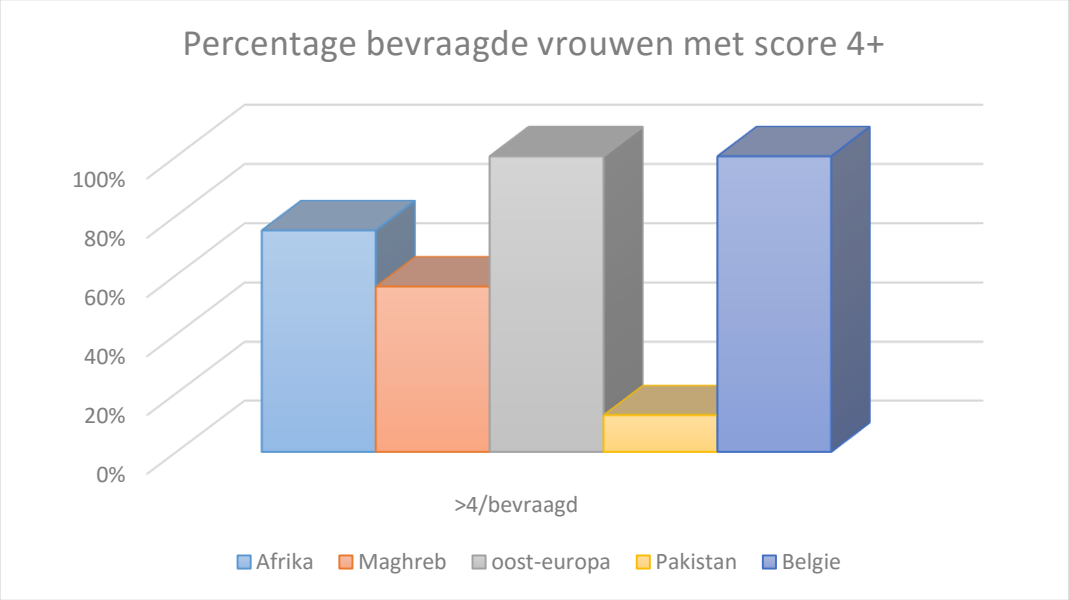
Wanneer we meer gedetailleerd gaan kijken naar de afkomst van de vrouwen in vergelijking met de tewerkstelling en de score van 4 of meer op de GHQ-12, bekomen we de volgende gegevens.



Grafiek 5: Minimumpercentage werkloze vrouwen tussen 25 en 50 jaar per regio in de praktijk

In grafiek 5 en tabel 4 worden de percentages werkloze vrouwen uit de vijf regio's van herkomst (Afrika, Maghreb, Oost-Europa, Pakistan en België) naast elkaar uitgezet. Wat opvalt, is dat het aantal werkloze Belgische vrouwen zeer klein is (4%), wat overeenkomt met 2 op onze 49 Belgische vrouwen in deze leeftijdscategorie. Het werkloosheidspercentage bij onze Maghrebijnse vrouwen bedraagt minstens 41% (of 82 vrouwen op een totaal van 200 Maghrebijnse vrouwen), voor de Pakistaanse vrouwen is dit 35%, 25% voor de Afrikaanse vrouwen en 14% voor de Oost-Europese vrouwen.

Percentage niet-werkende moeders met een reële kans op een psychische aandoening per regio van herkomst.



Grafiek 4: percentages bevraagde niet werkende moeders met GHQ-12 score 4+ binnen de 5 regio's.

Totaal aantal vrouwen per regio in onze praktijk	Afrika (n=32)	Maghreb (n=200)	Oost-Europa (n=21)	Pakistan (n=23)	België (n=49)
Werkloos	25% (8)	41% (66+16*)	14% (2+1*)	35% (8)	4% (1+1)
percentage bevraagde vrouwen met 4+	75% (6 op 8)	56% (37 op 66)	100% (2 op 2)	13% (1 op 8)	100% (1 op 1)

*Tabel 4: Percentages werkloze vrouwen en bevraagde vrouwen met GHQ-12 score 4+ in de 5 regio's met tussen haakjes de effectieve aantallen. *Deze getallen zijn toegevoegd op basis van dossierkennis en werden niet bevraagd in de enquête.*

Wanneer we de percentages niet werkende moeders die onze enquête hebben ingevuld met een totaalscore van 4+ vergelijken in de verschillende regio's, bekomen we de resultaten te zien in grafiek 4 en tabel 4.

We zien dat de percentages bij de Belgische en Oost-Europese niet werkende moeders met een score 4+ zeer hoog liggen. Dit hoge percentage verkrijgen we omdat onze praktijk slechts 2 niet-werkende Belgische vrouwen telt binnen de opgestelde leeftijdscategorie, waarvan we 1 vrouw niet konden bereiken. De andere vrouw scoorde 4+. Hetzelfde geldt voor de 21 Oost-Europese vrouwen in onze praktijk, waarvan 3 vrouwen niet werken en waarvan we twee vrouwen konden ondervragen, die beide een score 4+ behaalden.

Op de acht Afrikaanse huisvrouwen die hebben meegedaan aan de enquête, scoorden 6 vrouwen met 4+ (75%), op de acht Pakistaanse huisvrouwen, scoorde slechts 1 vrouw 4+ (13%).

Interessant is dat van de 66 Maghrebijnse huismoeders die meegedaan hebben aan de enquête 37 vrouwen 4+ scoorden, wat overeenkomt met 56%.

3. Resultaten kwalitatief onderzoek op basis van focusgroepen

1. Deelnemers

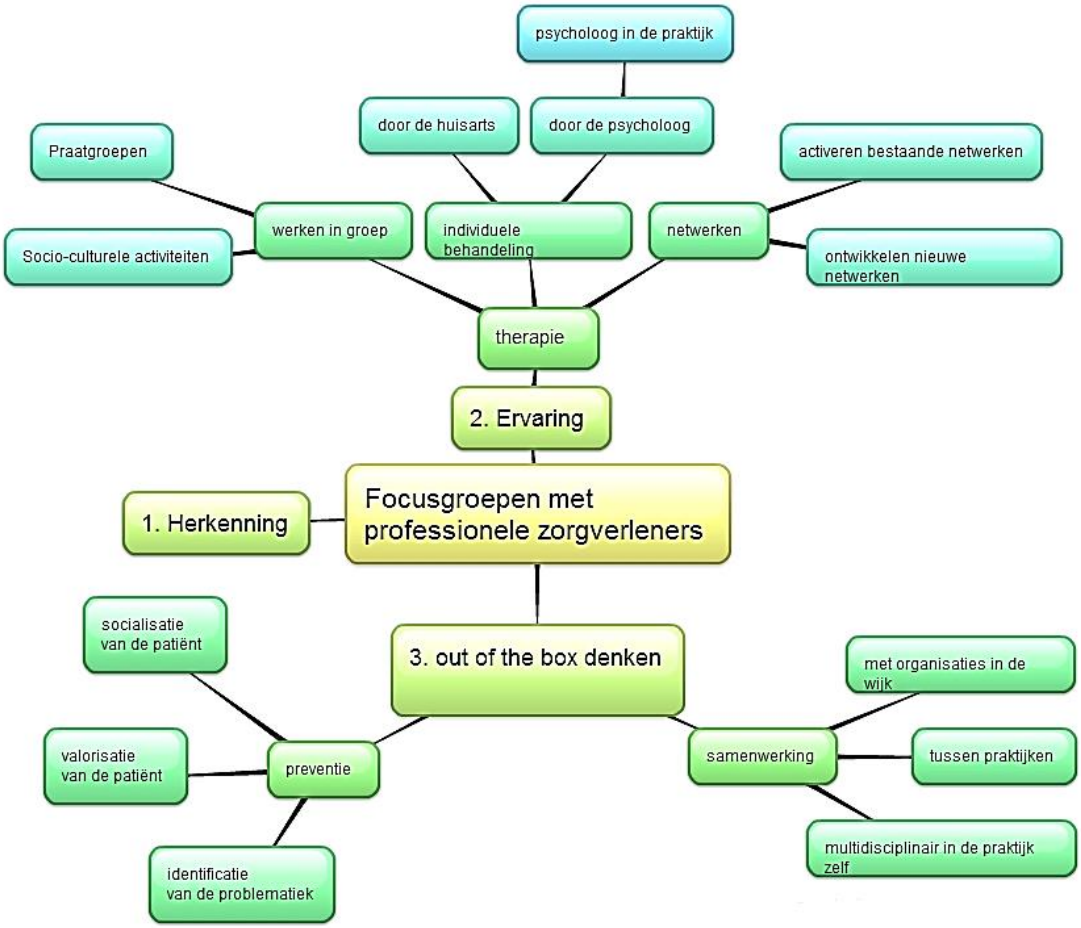
De eerste Nederlandstalige focusgroep bevatte 6 deelnemers: een logo-medewerkster (Lokaal Gezondheidsoverleg 'Logo' is een netwerk van organisaties die samen aan de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen willen werken.), een eerstelijns psycholoog (ELP) die deelneemt aan het proefproject in Brussel waarbij psychologen in de huisartsenpraktijken komen consulteren om de drempel te verlagen, 3 huisartsen uit verschillende wijkgezondheidscentra en een huisarts in opleiding.

Voor de tweede Nederlandstalige focusgroep waren we met 5 deelnemers: een intercultureel bemiddelaar, die ook medewerkster is van Dar Al Amal, een vrouwencentrum in Molenbeek; twee eerstelijns psychologen; een huisarts en een medewerkster van het gemeenschapscentrum De Vaartkapoen in Molenbeek, actief in de Caleidoscoop (zelforganisatie van en voor vrouwen in historisch-Molenbeek).

Aan de Franstalige focusgroep namen twee huisartsen, een psychologe, twee kinesitherapeuten, een sociaal assistente, een verpleegkundige en 2 onthaalmedewerksters deel. Zij werkten allemaal in hetzelfde wijkgezondheidscentrum in Brussel.

2. Inhoud focusgroepen

De inhoud van de focusgroepen vatten we samen in het onderstaand schema (figuur 4).



Figuur 4 schema van de inhoud van de focusgroepen

Herkenning van de problematiek

Bij de introductieronde van alle focusgroepen werd steeds gevraagd om te vermelden of het probleem herkend werd bij de deelnemers. Opvallend was dat alle zeven artsen volmondig beaamden dat ze zeer regelmatig deze patiëntenpopulatie over de vloer krijgen en dezelfde uitdagingen tegenkomen als wij in onze praktijk ervaren.

"Ik herken de problematiek heel goed. Het is eigenlijk een beetje een gezamenlijke bezorgdheid van ons als dokters en wij hebben ook een relatie-en familietherapeute en 2 eerstelijnspsychologen en we merken dat die groep van vrouwen inderdaad […] de neiging hebben om chronisch te zijn en dus moeten we op zoek naar betere manieren om die groep aan te pakken."

Ook de psychologen ervaren de nood aan een aangepaste zorg voor deze vrouwen. Er is een groot probleem van toegankelijkheid, maar ook van continuïteit. De drempel om van de huisarts naar de psycholoog te gaan wordt door de patiënten als zeer hoog ervaren en de psychologen bemerken moeilijkheden in het gebruik van de typisch westerse therapievormen bij onze patiënten. Een samenwerking van de Brusselse CGG's en Huis voor Gezondheid met enkele wijkgezondheidscentra en artsen probeert in te spelen op dit moeilijke proces van verwijzing en opvolging door de psycholoog. Het project waarbij eerstelijns psychologen (ELP) van de CGG's op regelmatige basis consultaties komen doen in de huisartsenpraktijken zelf ging van start als pilootproject in 2012.[27] Drie jaar later blijkt dit systeem in de meeste praktijken zeer goed te werken, terwijl het in andere praktijken, onder andere de onze, zeer moeilijk verloopt.

Een van deze ELP psychologen zegt het volgende:

"Er is […] de laatste jaren het eerstelijnsproject. Ik zit in 2 huisartsenpraktijken en ik word daar inderdaad ook geconfronteerd met heel die problematiek dat het absoluut niet zo evident is om de juiste insteek te vinden."
"Dus het eerste contact vind ik belangrijk en dat is heel moeilijk, dat eerste contact. Ik ben gewoon gedragstherapeutisch te werk te gaan, maar de realiteit is heel dikwijls dat ze dan slechts één keer bij mij komen, omdat veel mensen nog niet toekomen aan die heel typische Westerse individualistische aanpak. Ik heb gemerkt dat mijn ervaring [in de gedragstherapie] met die typische vrouwenpopulatie […] eigenlijk weinig zin heeft. Het gaat eigenlijk […] om contact te leggen, om wat tijd te geven."

Ook buiten het strikte kader van de medische gezondheidszorg wordt het probleem aangevoeld en wordt geprobeerd om hierop in te spelen.
Een voorbeeld hiervan is de vrouwenorganisatie Caleidoscoop, opgericht door het gemeenschapscentrum van Oud-Molenbeek de Vaartkapoen.
De Caleidoscoop is een zelforganisatie van en voor vrouwen in Molenbeek, met als centrale thema's educatie, emancipatie en vrijetijdsbesteding.[28] De organisatrice van deze vrouwenorganisatie voelde aan dat veel van haar deelnemers nood hadden aan mentale ondersteuning en richtte daarom, naast verschillende opleidingen en culturele activiteiten een 'chambre d'écoute' op, een plaats waar vrouwen zich in groep in alle discretie konden uiten en steun konden vinden bij elkaar.

"Ik heb een 'chambre d'écoute' opgericht, omdat we ook geen sociaal assistent wilden zijn, dus een 'chambre d'écoute' om duidelijk een publiek aan te trekken die in de precariteit leeft, allerlei vormen van precariteit. Wij trekken zowel economische als affectieve armoede aan. Onze doelgroep is vooral mensen die in de precariteit leven en die een vertrouwelijke omgeving en vertrouwenspersoon zoeken. "

Ook de Vlaamse Gemeenschap probeert samen te werken met verschillende gezondheidswerkers in Molenbeek in het kader van wijkgerichte gezondheidsprojecten. Ze ontwikkelde de 'goed-gevoel-stoel', een groepsprogramma dat nu over heel Vlaanderen, maar ook in enkele huisartsenpraktijken in Molenbeek wordt aangeboden om te werken aan de geestelijke gezondheid van hun patiënten.[29]

Ervaring van de Brusselse zorgverleners.

Er bestaat al heel veel ervaring in Brussel. De problematiek is niet nieuw en er wordt al jaren gezocht naar goede behandeltechnieken. De targetpatiënten evolueren over de jaren met de veranderingen in migratie en armoede, de klachtenpresentatie kan wat verschillen, maar de kern van de zaak blijft, namelijk de moeilijkheid om vrouwen uit precaire levensomstandigheden met psychosomatische klachten correct te behandelen.

"Ik herinner mij toen ik […] ben aangekomen, dat was in '76-'77, dat ik de indruk had van toen al heel veel klachten te krijgen van patiënten en toen was dat meer op de maag gericht. […]Dus dat waren de Sicilliaanse patiënten die bleven klagen over de maag, een beetje hetzelfde probleem als nu. Ik voelde mij daar totaal niet op voorbereid. We hadden een minimum aan communicatie gekregen, over interculturele al zeker niet."

Primordiaal bij elke verwijzing blijven een aantal voorwaarden.
Zo is er de arts-patiëntrelatie en het vertrouwen dat daarmee gepaard gaat. Een patiënt zal zich maar volledig uiten wanneer hij vertrouwen begint te krijgen in de zorgverlener die voor hem zit. Een somatische klacht kan stilaan overslaan in een psychische klacht wanneer de patiënt voelt dat hij gerespecteerd wordt. Omgekeerd zal een psychische diagnose van een somatische klacht slechts aanvaard worden door de patiënt wanneer er een goede arts-patiënt relatie bestaat. Een verwijzing zal vaak ook pas gevolgd worden wanneer de patiënt vertrouwen heeft in de verwijzer.

"Ik geloof daar wel in, in die zin dat als jij in mij gelooft en ik zeg dat ik hier een farde heb met daarin de goede personen, dan ben ik u eigenlijk aan het overtuigen en gij gelooft mij omdat ik bewezen heb dat ik te vertrouwen ben. Dus op die manier creëer je eigenlijk een vertrouwensnetwerk dat volgens mij heel vaak nog onderschat wordt in het medische kader maar zelfs breder. We zijn bezig over technieken enz. en natuurlijk, er zijn technieken nodig want met vertrouwen alleen zal het niet lukken, maar het zegt wel dat als het vertrouwen er niet is, al die technieken ook niet gaan lukken. Dat vertrouwen is nodig."

Een tweede voorwaarde is dat we elkaar, zorgverlener-patiënt, goed verstaan. Dat we vanuit overeenkomsten kunnen zoeken naar oplossingen.

"Het is vaak moeilijk om daardoor te geraken, maar het is toch o zo belangrijk om het op een bepaald moment met elkaar eens te zijn en te zien van: begrijpen wij elkaar? Zijn we het met mekaar eens dat dit de ziekte is en dat dit zou kunnen de oorzaak zijn en als we daar dan 2 keer ja op antwoorden, dan komen we waarschijnlijk automatisch uit bij de manier waarop we het zullen kunnen oplossen. Ik denk dat wij als professionelen te vaak en te snel binnen de hulpverlening een aantal oplossingen zien die onze patiënt nog totaal niet ziet en die er gewoon afglijden omdat mensen nog niet het vertrouwen hebben. Ze denken dat ze een ander probleem hebben."

En een derde voorwaarde is de motivatie van de patiënt. Een zorgverlener kan zijn patiënt aanmoedigen, maar als de patiënt niet gemotiveerd is om zelf zijn behandeling in handen te nemen, de stap te zetten naar de aangeboden behandeling, zal de behandeling niet aanslaan. De patiënt zelf zijn afspraak laten nemen, zal zorgen dat de mensen die uiteindelijk de stap naar de verwijzing maken, meer gemotiveerd zijn voor de behandeling dan wanneer de zorgverlener de afspraak voor hen maakt. Dit zou te 'dwingend' zijn en de patiënt zal mogelijks enkel op de afspraak komen uit respect voor zijn verwijzer, maar niet omdat hij gemotiveerd is om de behandeling te beginnen.

"Ik denk dat, als we ze zelf een afspraak laten maken, het wel twee of drie maanden kan duren vooraleer ze er een nemen. Maar het risico dat ze niet komen vermindert wel wanneer ze zelf een afspraak maken. Maar desalniettemin...zijn er altijd die niet komen...en sowieso moeten zij zelf de stap zetten om erheen te gaan. "

De bestaande ervaring kan opgedeeld worden in 3 grote categorieën:

(1) Werken in groepen
(2) Individuele behandeling
(3) Gebruik maken en ontwikkelen van netwerken

1. <u>Werken in groepen</u>

Tijdens de focusgroepen ging heel veel aandacht naar de ervaring met het werken in groepen. Het was opvallend hoeveel motivatie en positieve, hoopvolle uitingen werden gebracht over verschillende soorten groepssessies. Meestal werd geargumenteerd met positieve verhalen over specifieke casussen, maar bij navraag of er door de aanwezigheid van deze groepen in de praktijk een algemene verbetering in de geestelijke gezondheid van de patiënten waar te nemen viel, kwam er weinig positief antwoord.

Voor de kleine groep vrouwen die deelnamen aan de activiteiten, brachten deze groepssessies vaak wel een gevoel van 'identiteit' mee en konden sommige vrouwen een iets breder sociaal vangnet ontwikkelen.

Op de vraag "Merken jullie dan een verschil in de frequentie of in de klachten waarmee de patiënten nadien terugkomen bij jullie?" werd het volgende geantwoord:

"Ja, ik denk van wel, toch zeker bij de kern die regelmatig komt. Ze stellen zich opener op en voelen zich ineens gevaloriseerd, gemotiveerd voor iets en beginnen banden te smeden. "

"Dat is natuurlijk moeilijk om te zeggen omdat ja... dat is een gebeuren dat, denk ik, veel goeds doet, maar dat blijft een heel kleine fractie van uw praktijk. Neem dat er van mij 1 of 2 patiënten inzitten en zelfs niet elke keer dan, want er zijn denk ik 8 sessies… "

De zorgverleners werkzaam in een wijkgezondheidscentrum brachten aan dat het feit dat de patiënten de praktijk goed kennen en vaak de animatoren van de groepen al kennen van hun vorige bezoeken aan het centrum een groot verschil maakt in het verlagen van de drempel om deel te nemen aan de activiteiten.

Werken in groep bracht volgens de zorgverleners veel positieve resultaten, maar ook veel barrières met zich mee.

Argumenten voor werken in groep

Een van de argumenten voor het werken in groep is dat het de mogelijkheid biedt aan deze vrouwen om zich te identificeren met de groep. Het idee van 'tot een groep te behoren' creëert zowel identiteit als een nieuw sociaal vangnet. De vrouw voelt zich meer dan 'vrouw' en 'moeder'. Ze maakt deel uit van een groep die een vaste plaats heeft ingenomen in haar leven.

"Dus we hebben een identiteit en er is een doel: waarom kom ik daar? Want ja, alleen praten om te praten? Waarom moet ik komen? Ik moet al zoveel doen, maar er moet echt een goed objectief zijn, geen 20 maar gewoon 1 of 2. De identiteit van de groep is belangrijk."

Een ander argument was de aanwezigheid van een luisterend oor, (h)erkenning en steun van de groep. De vrouwen voelen zich minder eenzaam in hun situatie. Ze leren dat ze er niet alleen voor staan. Ze kunnen hun verhaal doen zonder dat er naar de tijd gekeken wordt en ze horen dat ze niet alleen zijn in dezelfde situatie. Binnen een groep kunnen vrouwen hun eigen problemen leren relativeren en kunnen ze werken aan hun zelfwaarde-gevoel.

"Ze zijn daarom niet genezen, maar ze hebben een structuur, werken aan bepaalde dingen, er is een identificatie, een groep, iemand die luistert. Voor sommige vrouwen is dat heel belangrijk; eindelijk iemand die naar mij luistert! Het is een soort van erkenning."

Een derde voordeel is dat groepssessies veel laagdrempeliger zijn voor de patiënten dan een persoonlijke opvolging bij een psycholoog, zeker als ze in een gekende context georganiseerd worden. Bijvoorbeeld in een wijkgezondheidscentrum met gekende artsen of medewerkers in de praktijk. Daarom ook het belang om deze groepssessies te laten plaatsvinden op locaties waar deze vrouwen regelmatig komen.

De vrouwen in deze patiëntenpopulatie nemen vaak geen tijd voor zichzelf en wijden hun tijd volledig toe aan het huishouden. Het deelnemen aan deze groepen kan een manier zijn om wat tijd voor zichzelf in te plannen. Een moment waarbij ze uit hun gewoonlijke habitat komen om anderen te ontmoeten.

" Uiteindelijk denk ik dat het grootste probleem is, dat deze vrouwen er geen prioriteit van maken om zichzelf te verzorgen. Het gaat altijd om dezelfde populatie die zich met het huishouden bezighoudt,de kinderen...en men heeft hen nooit geleerd dat ze ook dingen voor zichzelf mochten doen...activiteiten, vrije tijd... ze zijn van het "kind" stadium overgegaan naar die van vrouw van een echtgenote en hebben nooit een "tussen" stadium gekend. En nu is hun nieuwe verantwoordelijkheid om huismoeder te zijn, dus zijn ze een beetje in de war. Ik vind het moeilijk. Ze hebben nooit de kans gehad om te zeggen: 'OK, ik mag tijd nemen voor mezelf, me eens bezighouden met mezelf'."

Argumenten tegen werken in groep

Er werden ook een hele reeks obstakels vernoemd. Zo werd er gesproken over de taalbarrière. Wanneer de patiënten niet zo mondig zijn in de taal van de groep, kan dit snel zorgen voor een drop-out met opnieuw een terugval in de eenzaamheid.

Ook de privacy werd aangehaald. Een belangrijke eigenschap van een wijkgezondheidscentrum is dat ze zich bevindt in het midden van een wijk waar mensen elkaar kennen en voortdurend kruisen. Een praatgroep binnen een wijkgezondheidscentrum kan ervoor zorgen dat patiënten schrik hebben voor de confidentialiteit van de groep. Er zullen mogelijks buren, collega's of familieleden in de groep zitten. Dit kan zorgen voor een teruggehouden betrokkenheid van de patiënt.

"Het is zeker een groot probleem als mensen elkaar kennen en ze in dezelfde groep zitten. En hier is de vraag, ik ga niet zeggen de betrouwbaarheid van het gesprek, maar ook het doel eigenlijk van zo'n groep. Als men zich niet kan uiten en niet precies kan zeggen waaraan hij of zij lijdt... tja, dat is toch zeker een drempel! "

Men moet rekening houden met de heersende cultuur bij de patiënten. Zo kan een gemengde groep (man/vrouw) een zeer grote drempel zijn voor een grote groep vrouwen in Molenbeek. Maar ook intra-culturele verschillen kunnen een drempel zijn. Vrouwen van dezelfde origine, maar met een groot verschil in opleiding, interesse of socio-economische situering kunnen zich soms niet thuis voelen in bepaalde groepen.

"Bijvoorbeeld je hebt een vrouw van 50 jaar, ze is in België en ze heeft een aantal klachten. Een andere vrouw, 30 jaar ongeveer, is ook hier in België. Ze is ook van Marokkaanse afkomst maar ze heeft daar in Marokko gestudeerd. Die mevrouw van 50 jaar heeft misschien zelfs niet haar diploma van lagere school! Voor ons is dat dezelfde groep maar voor die 2 vrouwen is het toch een groot verschil."

Voor veel vrouwen is het praktisch zeer moeilijk om een vast moment in de week vast te leggen. Hun prioriteit ligt in het huishouden, ze hebben geen agenda's en leven van dag tot dag. Als de kinderen thuis zijn, kunnen de moeders niet komen. Het vraagt voor veel vrouwen een zekere 'déclic' om zich te durven engageren in een vaste groep.

"Ik denk dat zij wel vaak de verantwoordelijkheid dragen om zich bezig te houden met de kinderen. Omdat alle activiteiten die we op het moment voor hen proberen te organiseren, worden geprogrammeerd tijdens de schooluren van de kinderen, want we merken dat als er bijvoorbeeld schoolvakantie is, deze vrouwen niet meer beschikbaar zijn."

En ten slotte vraagt het organiseren van zulke groepen een ervaren animator en veel voorbereidingswerk. Het is een extra dienst die bovenop de consultaties wordt aangeboden. Het aanwerven van een medewerker om deze groepen te sturen is geen overbodige luxe. Het vraagt een extra inspanning om hier als arts of als psycholoog in te investeren, omdat het nieuw is en niet binnen het vertrouwde takenpakket van de zorgverlener ligt. Hiernaast is vaak toch nog steeds nood aan een individuele opvolging van de patiënten en dus kan de vraag gesteld worden of het wel genoeg rendeert voor de zorgverlener.

"Dat vraagt ook een beetje nederigheid van de arts, want dat is moeilijker. Ik ben zeker dat als ik dat ga doen, ik dan 10 keer meer ga vermoeid zijn dan als ik een uur consultaties doe. Het is een andere manier van werken en een andere manier van aandacht hebben."

Soorten groepssessies

De voorstellen rond werken in groepen konden in twee aparte soorten groepssessies worden onderverdeeld. Enerzijds bespraken we de groepen die vooral samen socio-culturele activiteiten ondernamen. Anderzijds evalueerden we de praatgroepen die rechtstreeks de psychologische problemen probeerden bespreekbaar te maken.

Socio-culturele groepsactiviteiten

Deze werden georganiseerd door verschillende wijkgezondheidscentra, maar ook door andere organisaties zoals 'Dar al Amal', de Caleidoscoop of andere culturele centra.
Het doel is hier vooral om de vrouwen samen te brengen en uit hun gewoonlijke habitat te halen. Aan de hand van cultuur, sport, natuur en kunst worden de vrouwen aangezet te ontspannen, over bepaalde onderwerpen te spreken en bij te leren. Soms wordt hierin een 'rode draad' gevolgd, waarbij de groep zich verdiept in een bepaald thema over het verloop van enkele maanden.
Deze groepen hebben niet alleen een behandeldoel, maar zijn –vooral- preventief.

"En dan zijn we allemaal bijeengekomen...in gym activiteiten of ook in de activiteit " café des femmes". En dat brengt eenzelfde publiek bij elkaar om connecties te creëren en om zo een beetje uit een eenzame routine te geraken."

Praatgroepen rond veerkracht en draagkracht

Het doel van de praatgroepen is de gezondheidsbevordering door expliciet psychologische onderwerpen te bespreken.
De praatgroepen zelf kunnen zeer gestructureerd zijn, zoals de goed-gevoel-stoel. Hier wordt in een drietal praatsessies dieper ingegaan op de veerkracht en draagkracht van de patiënt. De drie sessies staan vast en behandelen 4 pijlers van gedragingen waar tijdens de gespreksmomenten op wordt gefocust. Op het einde van de sessies weet de patiënt aan welke pijlers ze nog kan werken en krijgt ze tips mee om hiermee aan de slag te gaan. De vrouwen leren hierbij veel van elkaar. Ze kunnen hun situaties relativeren en elkaar ondersteunen in de situaties die zij in het verleden al hebben overwonnen. Dit geeft een groter gevoel van

zelfwaarde. Het animeren van deze praatgroepen vergt een specifieke opleiding die op verschillende plaatsen in Vlaanderen aangeboden wordt.

"De sterkte daar is dat groepsgevoel, dus dat […] de vrouwen elkaar ideeën kunnen geven en dat ze ervaren dat ze niet alleen zijn met hun probleem. En ook dat ze geloven […] dat ze al veel gedaan hebben, dus dat ze hun zelfwaardegevoel [hebben opgekrikt]. Dikwijls denken ze van 'ik laat mij maar leven en ik heb te weinig kracht om iets te doen' en die methodiek laat juist naar boven komen wat ze wel al gedaan hebben en waar ze nog aan kunnen verder werken. Ik denk dat dat de sterkte is daarvan.[…]Er kunnen dus ook eventuele acties afgesproken worden met de deelnemers. Het sterke daaraan is dat de mensen nadien nog terugkomen. Dus het blijft niet bij die 3 sessies; de mensen kunnen nadien nog terugkomen om dan samen nog activiteiten te doen."

Praatgroepen kunnen ook vrij georganiseerd worden. Hierbij zorgt de animator voor een vrij onderwerp, al dan niet in samenspraak met de groep. Het niet moeten volgen van een vooropgezette structuur zorgt voor meer flexibiliteit en kan ook meer inspelen op de concrete noden van de groep. Volgens sommige zorgverleners is het wel belangrijk dat deze praatgroepen zich binnen een bepaalde zorgverleners-context bevindt. Bijvoorbeeld een praatgroep in een wijkgezondheidscentrum zal zich meer richten op gezondheid dan een praatgroep binnen een cultureel centrum.

"een praatgroep is niet genoeg. Maar een praatgroep binnen een netwerk, met een arts, verpleegsters, maatschappelijk werksters, .. dat is heel belangrijk vind ik en dat is ook efficiënter."

2. Individuele behandeling

Naast de behandelingen in groep, prefereerden sommige deelnemers toch nog steeds de individuele behandeling van de patiënten door de arts of de psycholoog. De voorkeuren van de zorgverleners waren verdeeld.

Er werd geopperd dat een individuele behandeling sommige vrouwen beter kan liggen dan een groepsbehandeling.

"Er zijn andere [vrouwen], die het groepsverband helemaal niet zien zitten en voor wie individuele opvolging beter ligt. Ik denk dat dat afhangt van vrouw tot vrouw. "

Opvolging door de huisarts.

Argumenten voor de verdere individuele aanpak door de huisarts waren dat de patiënt hiermee minder snel door de mazen van het net kan vallen. Het feit dat de patiënten steeds opnieuw terugkomen bij de huisarts met hetzelfde probleem zorgt ervoor dat de patiënt op zijn minst door iemand gezien is en dat er een bepaalde continuïteit is. De patiënt heeft een zeer laagdrempelige plaats gevonden om zijn verhaal te doen en om beluisterd te worden. Ook zijn de wachtlijsten bij de huisartsen niet zo lang als bij de psychologen in België.

"Als die patiënt verdwijnt, is er ook een probleem. [Indien u de patiënt blijft zien,] behoudt u minstens het contact in afwachting dat de patiënt overtuigd zal zijn om naar een andere zorgverlener te stappen. Zo ziet u de patiënt regelmatig en [bent u er snel bij] als er iets alarmerends is... Ik heb bijvoorbeeld mensen die beginnen zwarte gedachten te hebben en als zij geen duidelijke oriëntatie krijgen, dan ben ik ze misschien kwijt."

"U zegt "als ze terugkomen"... ik vind dat als ze al iedere maand 20 minuten bij dezelfde arts terugkomen, dit op zich betekent dat ze al ze met zichzelf bezig zijn...want er zijn er die helemaal niet naar hun arts of verzorger gaan. Dat wil zeggen dat als ze een tweede keer komen, zelfs als er niets veranderd is, toch terug gekomen zijn en dat het dus werkt. "

Aangehaalde argumenten tegen deze aanpak waren de emotionele last die een huisarts in dit geval moet dragen. Wanneer dit soort patiënten een groot deel van de patiëntenpopulatie begint te worden, heeft een arts niet de benodigde structuur, nog de benodigde vorming, om deze patiënten op twintig minuten te blijven zien zonder er zelf emotioneel onder te beginnen lijden. De patiënt krijgt niet de tijd die hij nodig heeft en de arts ervaart geen voldoening van zijn onafgewerkte behandelingen.

"Maar ik voel mij als huisarts niet zo goed gevormd om daar ook een goeie aanpak aan te geven. Je probeert dan een beetje oplossingsgericht [te werk te gaan] en hun sterke punten te onderstrepen... Met die basis kan je wel tot op een bepaald niveau geraken, maar als wij dan echt merken dat mensen niet naar de eerstelijnspsycholoog gaan en ze blijven bij de huisarts omdat ze gemakkelijk consultaties krijgen en omdat ze een vertrouwensband hebben en die is heel belangrijk, maar wij hebben daar gewoon niet genoeg opleiding voor gehad. Ik denk toch niet dat dat een taak is van ons als huisarts om daar heel ver in te gaan."

Alle hulpverleners waren het erover eens dat de huisarts het eerste aanspreekpunt blijft en de taak als manager blijft uitoefenen.

Opvolging door de psycholoog

Als de patiënt bereid is om naar een psycholoog te gaan en zich wil engageren om zich te laten opvolgen, blijft dit een uitstekende manier om het psychisch onwelzijn aan te pakken.

In België zijn er veel obstakels om zich door een psycholoog te laten opvolgen. Zo is er onder andere het financiële plaatje, de lange wachttijden, de drempel voor het onbekende en het nog steeds heersende taboe. Dit taboe is bij veel van onze vrouwen nog zeer actueel en zorgt voor een grote weerstand om de stap naar de psycholoog te nemen.

"Ik ben altijd verbaasd van de prijzen. Er zijn altijd obstakels. De psycholoog is duur!"

"Met onze populatie is het bijvoorbeeld moeilijk om te zeggen; ga maar naar een privé psycholoog. Financieel, maar ook cultureel. Dus zelfs het idee om naar een psycholoog te gaan, dan hebben ze het gevoel dat hun arts denkt dat ze gek zijn. Dat blijft een groot probleem."

Psycholoog in de eerste lijn

Zowel het Franstalig wijkgezondheidscentrum als twee andere wijkgezondheidscentra waarvan enkele medewerkers aanwezig waren tijdens de focusgroepen werken samen met een psycholoog die vast consulteert in de praktijk. Het verlaagt de drempel voor de patiënt om de weg naar de psycholoog te vinden. De patiënten zijn bekend met de praktijk, kennen vaak ook de psycholoog van de wandelgangen, het onthaal of van activiteiten georganiseerd door de praktijk en voelen zich hierdoor meer op hun gemak.
Hiernaast werkt ook het feit dat als de patiënt naar de psycholoog komt in het wijkgezondheidscentrum, het door de buurtbewoners onmogelijk is om te weten of de patiënt het wijkgezondheidscentrum binnen stapt om de psycholoog te zien of om naar de huisarts te komen, in het voordeel van de patiënt. Het is een voordeel tegenover geestelijke gezondheidscentra waar enkel psychologen zitten, omdat de patiënt zich op deze manier niet moet blootleggen aan mogelijke kennissen die ze op straat tegenkomen.

Een psychologe zegt: "Ik heb in het begin aan het onthaal gezeten en ze hebben mij constant aan het onthaal en in de gangen gezien. Ik ben dus helemaal geen tabou meer voor hen. "

"En voor de mensen op straat, kunnen deze vrouwen, die hier binnenkomen, net zo goed een afspraak hebben bij hun arts en niet speciaal naar het "café des femmes" of de psy gaan. Als de vrouwen hier binnenkomen weten de mensen op straat niet wat ze hier komen doen."

Indien nodig, kunnen ook co-consultaties gehouden worden, waarbij de arts de psycholoog uitnodigt tijdens de consultatie met de patiënt om zo het ijs te breken en de patiënt over te dragen aan de psycholoog.

"Wat heel interessant is, zijn de co-raadplegingen. Het is wel waar dat het werk van de artsen belangrijk is en vaak veel tijd inneemt, maar wanneer een psycholoog voelt dat de patiënten zich openstellen, is het misschien interessant om mij uit te nodigen op de raadpleging zodat er een band ontstaat... wij doen het niet vaak, maar zouden het toch meer moeten proberen, want het kan heel nuttig zijn. "

In het Franstalig wijkgezondheidscentrum is de psychologe zelfs een vast teamlid dat aanwezig is op de medische vergaderingen. Een voordeel van de vaste psycholoog in het team te hebben, is dat dit de communicatie tussen arts en psycholoog veel vooruit helpt. De psycholoog kent de patiënt van andere

activiteiten of van andere teambesprekingen en kan zich zo een beter beeld vormen over de situatie van de patiënt en ook de dokter kan beter overleggen met de psycholoog wanneer zijn kennis ontoereikend is.

"Wanneer de eerste afspraak genomen is, kan ik de arts vragen waarom hij/zij aan de patiënte de raad gegeven heeft om naar een psy te gaan. Of zelfs als ze het haar niet aangeraden hebben, "wat verwacht jij?" En zo kan ik het advies tijdens de raadpleging hernemen. "

We zien dat het succes van de ELP psychologen in sommige praktijken ook zijn tol begint te eisen. Voor een afspraak bij de psycholoog in deze praktijken, zijn er, net als bij alle betaalbare psychologen in België, lange wachttijden. Dit trekt de kwaliteit van de zorg naar omlaag.

"Afspraken met eerstelijns psychologen, dat is anderhalve maand of 2 maanden. Ik kan me heel moeilijk inbeelden dat als iemand lijdt aan iets en je zegt dat er nood is aan psychotherapie en je zegt tegen de patiënt: 'ik ga die afspraak voor jou maken' om het gemakkelijk te maken en we zijn nu september en je hebt pas een afspraak in november. Dat kan niet. Dus ik denk toch dat zo'n consultaties dan het liefst bij de eigen huisarts moeten gebeuren."

Hoewel de deelnemers van de focusgroepen een psycholoog in huis over het algemeen een groot voordeel vinden, beamen ze toch dat het bij sommige vrouwen niet voldoende is om een goede opvolging te garanderen.

"Het voordeel is dat we een psycholoog in huis hebben, dus dat bevordert onze psychotherapeutische behandeling, ook al zijn er vrouwen, aan wie we het hebben voorgesteld, die geweigerd hebben of vrouwen die begonnen zijn, maar die de psychotherapeutische behandeling niet hebben voortgezet. "

Belangrijk is om te beseffen dat een psycholoog die in de eerste lijn werkt, bereid moet zijn om creatief te zijn met zijn therapie. Psychotherapie zoals ze gebruikt wordt in de tweede lijn is niet noodzakelijk de beste behandeling voor deze patiënten. Een eenvoudige 'luister- of gesprekstherapie' kan een beter alternatief zijn. De psycholoog moet zich hieraan kunnen aanpassen.

"En ik zeg eigenlijk nu op basis van die ervaring, gedragstherapie; vergeet dat! Probeer dat zo weinig mogelijk aan te halen, het gaat ook over gesprekstherapie."

Gebruik maken en ontwikkelen van netwerken

Bij het bespreken van het belang van persoonlijke netwerken in het omgaan met psychisch onwelzijn, was men het er tijdens de 3 focusgroepen over eens dat het ontwikkelen van een breder sociaal netwerk een belangrijk onderdeel is in het genezingsproces. Wanneer we spraken over het activeren van bestaande netwerken, werd hier iets gereserveerder op gereageerd.

"Ik geloof geweldig in het woord 'le lien'. Dat we dus als hulpverlener moeten zoeken hoe we nieuwe banden smeden tussen mensen. Dat is zo wat in mij opkomt. De oplossing ligt niet bij ons als huisarts, ligt niet bij de psycholoog, maar ligt in een nieuwe vorm van verbindingen tussen mensen."

De ervaring van onze zorgverleners in het meewerken aan de ontwikkeling van nieuwe netwerken beperkte zich vooral tot het organiseren van de hierboven vernoemde vrouwengroepen.

Wanneer de vraag werd gesteld of het inschakelen van de familie in de therapie al werd geprobeerd, werd een beperkte casuïstiek besproken. De ervaring was zeer divers. Enkele positieve verhalen werden aangehaald, maar de heersende teneur was eerder negatief. Het zou heel moeilijk zijn om de familie te motiveren en bijeen te brengen, het vergt een specifieke aanpak waar we niet voor opgeleid zijn, het is praktisch niet mogelijk, het blijft een moeilijk taboeonderwerp om met de familie te bespreken.

"Ik heb nu 1 heel positieve ervaring gehad maar dat was wel met een patiënte die zwaardere problematiek had, gewoon met de familie erbij te hebben. Natuurlijk je moet daarmee opletten want er zijn soms patiënten die het slachtoffer zijn van hun omgeving en in hoeverre ga je dat opentrekken? […] ik heb soms het gevoel dat we daar te weinig gebruik van maken, om zo eens iemand uit te nodigen van de familie."

"Ik heb dit al gedaan […] en ik besef inderdaad dat ik als arts de middelen niet heb en dat het zelfs, in tegenstelling, een familietherapie wordt met ruzies. In dat geval is het meer aangewezen een psychotherapeut te zien, die deze familiale problemen beter kunnen oplossen. "

Out of the box denken

Tijdens de focusgroepen werd telkens ook gevraagd om eens 'out-of-the-box' te denken en de creativiteit te laten werken. Wat hebben we nodig? Waarin moet er geïnvesteerd worden?
Hier werden 2 aandachtspunten vermeldt.

(1) het belang van preventie
(2) het belang van samenwerking

1. Het belang van preventie.

Over de laatste jaren is het idee van preventie in de huisartsenpraktijk meer en meer toegenomen. Waar de huisarts vroeger vooral curatief werkte, wordt er nu veel ingezet op de taak van de huisarts in de algemene gezondheid van de bevolking. Preventie, niet enkel in de context van het voorkomen van ziekten, maar ook door het welzijn te bevorderen.

"Wat ik altijd zeg; als je een kleine van 12 jaar bij u krijgt, is het belangrijker om over zijn studie te praten […], dan over zijn scoliose bijvoorbeeld. Het is niet meer zoals 20 jaar geleden… als ik dat toen zei; […] dan zeiden ze tegen mij; 'Sorry […] maar je bent helemaal geen dokter meer'. Maar als je dat nu kunt zeggen binnen het idee preventie dat iemand die zijn middelbare school afmaakt laat ons zeggen 10 jaar langer gezond kan leven enzovoort, dan zullen de meest kritische artsen ook wel beginnen nadenken en dus ik zie preventie dan heel ruim. Hoe bekijken we preventie? Dus niet alleen het voorkomen van ziekte maar ook het bevorderen van welzijn. Dat gebeurt binnen de jongere generatie en binnen de opleiding gelukkig meer en meer. Ik denk dat dat veld aan het winnen is, maar dan moet je nog een akkoord hebben van je groep om daarop in te zetten."

ENKELE MOGELIJKE WERKPISTES

Preventie en behandeling door middel van socialisatie van de patiënt.

Socialisatie, of het vergroten van de netwerken kwam eerder in dit hoofdstuk al aan bod. Enkele nog niet uitgeprobeerde mogelijkheden tot expansie van het sociaal netwerk werden geëxploreerd.
Het voorstel uit de literatuur om de al bestaande structuren die de vrouwen frequenteren in te zetten werd overwogen. Een samenwerking met de scholen, moskeeën of andere vertrouwde structuren zou de drempel opnieuw kunnen verlagen en een ingangspoort zijn om meer vrouwen kunnen bereiken.

"Ik zou ook zo eens op de school gaan kijken. Kinderen zijn ook wel voor veel vrouwen die niet werken de reden waarom ze actief zijn, de ingangspoort dus..[….] voor laagdrempelige preventie."

De uitdaging hier is echter om de link met gezondheidszorg te behouden.

"Er zijn koffiemomenten en bijeenkomsten met de ouders, maar om dan daar de link te leggen naar het aspect geestelijke gezondheidszorg, dat is mij nog niet helemaal duidelijk."

"Hoe meer uiteenlopende actoren je samen zet, hoe moeilijker het wordt om een goed objectief te stellen en wat zal dan de outcome zijn? Het voordeel is denk ik dat dat een gemakkelijke en toegankelijke ingangspoort is."

Een andere piste was het samenwerken met bestaande culturele initiatieven in de wijk. Een van de deelnemers verwoordde het als 'hybride' projecten waarbij kunst, natuur, sport, etc. worden ingezet in de geestelijke gezondheidszorg. De mogelijkheid om een hobby te ontwikkelen, om nieuwe vriendinnen te maken, om zich op een gezonde manier te ontspannen, om tijd te nemen voor zichzelf 'op voorschrift' van de huisarts of zorgverlener binnen een voorgesteld medisch-cultureel kader zou een nieuwe behandel- of preventiepiste kunnen zijn. Omwille van de politieke situatie in ons land waarbij cultuur een volledig

afgescheiden entiteit is van gezondheid, bestaat er nog maar weinig samenwerking binnen deze domeinen. Dit is spijtig, omdat in de werkelijkheid deze domeinen zeer nauw met elkaar verbonden zijn. Vrouwenhuizen en andere organisaties zoals “Dar Al Amal” of “de Caleidoscoop” proberen dit te ontwikkelen. Een actievere samenwerking met en verwijzing naar deze organisaties kan een bevordering van de preventie in de wijk initiëren.

“Ik geloof ook wel heel hard in de grenszone van alles wat tussen geestelijke gezondheidszorg en kunst hangt. Zo tussen geestelijke gezondheidszorg en voeding. Alles wat daartussen hangt, heeft nogal vaak de neiging om als kunst bekeken te worden en dan is dat zogezegd geen echte kunst en vanuit hulpverlening bekeken is dat geen echte hulpverlening.”

Preventie en behandeling door middel van valorisatie van de patiënt.

Het volgen van een opleiding, het krijgen van verantwoordelijkheid kan het gevoel van zelfwaarde van de patiënt bevorderen, het kan de patiënt minder afhankelijk maken van anderen, haar uit de dagelijkse routine trekken en de gedachten verzetten. De vrouwen betrekken in de organisatie van de activiteiten kan bovendien een verlichting geven van de taak van de zorgverlener.

“Vorming is ook een permanente opleiding, het feit verantwoordelijkheden te nemen, een agenda bij te houden. Vrijwilligers zijn niet alleen maar zij die de koffie en thee brengen...het zijn mensen, ze hebben hun verantwoordelijkheid...dat geeft hen meer zelfzekerheid. En zie, men werkt samen…alleen zou ik het niet kunnen en dus zie je maar dat iedereen belangrijk is. ”

Ook hier kan samenwerking met bestaande organisaties een hulp zijn. Een voorbeeld hiervan is repair-café, een bijeenkomst waar mensen defecte spullen gratis kunnen laten herstellen.

“En het is deze groep die werkt bij “Repair café”. Dat gebeurt buiten het medisch centrum om. Dit valoriseert in feite hun knowhow en helpt hen bij het maken van connecties. [...] Dus, het valoriseert de kennis, en -het medisch centrum dan hiervoor een springplank zijn om de mensen met elkaar in contact te brengen. Daarna worden de mensen heel vlug autonoom en gaan ze onderling dingen ondernemen en alles evolueert dan heel snel. ”

Preventie en behandeling door middel van identificatie van de oorzaken van de klachten

Voor veel patiënten vinden de psychologische klachten hun oorzaak in tegenslagen op verschillende levensdomeinen. Voor de patiënt is het vaak een oncontroleerbare chaos waar ze geen uitweg uit zien. Een huisarts of psycholoog kan een luisterend oor bieden of coping mechanismen aanraden, maar is niet opgeleid om de problemen zelf, voor zo ver ze veranderbaar zijn, aan te pakken. Een nieuw soort hulpverlener creëren die als het ware een ‘coach’ wordt voor de patiënt en samen met hem de moeilijkheden overloopt, de chaos indeelt in twee groepen: de beïnvloedbare en de niet-beïnvloedbare problemen en dan samen met de patiënt op zoek gaat naar een oplossing voor de beïnvloedbare problemen en coping mechanismen (eventueel via een psycholoog) kan aanbieden voor de niet-beïnvloedbare problemen, zou al een stap vooruit kunnen zijn voor deze vrouwen die zich vaak alleen voelen in hun overweldigende problemen.

“Ik leg het een beetje uit en mevrouw begint meteen van: ‘jamaar, de situatie thuis waarin ik zit, het dak valt in, de kinderen hebben problemen op school, met de man, … ‘ Heel dikwijls is dat al voldoende. Zij weten dat de gedragstherapeut dat probleem van dat dak niet kunnen oplossen en om dat proces door te gaan, dat vergt tijd .. Om inderdaad uit te leggen dat ik dat probleem niet kan oplossen, ‘maar ik geef u een plaats om hier een uur, voor uzelf alleen te kunnen praten.’”

“Ja, dat bewijst toch ook vooral die focus op vertrouwen! Die vertrouwensband is heel belangrijk en ook zeggen tegen de mensen ‘je zou daar moeten naartoe gaan, dat zou goed zijn voor jou’, maar die drempel [om hier zonder bijkomende hulp op in te gaan blijft zeer hoog]. Moest je dan zo’n coach hebben die jou [hierbij zou kunnen begeleiden]. Bijvoorbeeld als ze dan die psycholoog al eens kunnen zien, dan denk ik dat samen dat contact leggen kan helpen.”

2. Het belang van samenwerking.

Samenwerking in de praktijk zelf

Uit het hoofdstuk over herkenning blijkt dat deze problematiek veel voorkomt in de huisartsenpraktijken in het Brusselse. Elke huisarts in onze focusgroepen stelde zich vragen over de mogelijkheden van zorg voor deze patiënten in hun praktijk. Het ontwikkelen van groepsactiviteiten leek voor de meeste deelnemers een veelbelovende denkpiste. Het praktisch organiseren van zulke projecten vraagt daarentegen een grote tijdsinvestering en een grote inzet van alle betrokken hulpverleners in de praktijk. Dit waar de hulpverleners vaak al bedolven zitten onder het werk. Het aanwerven van een preventiepromotor werd in verschillende praktijken al gedaan. Dit is echter een zeer moeilijke opdracht, omdat deze persoon niet enkel de taak krijgt om patiënten op te trommelen en te motiveren om te komen, maar daarnaast ook de artsen, psychologen en andere zorgverleners moet proberen te motiveren om af en toe deel te nemen te midden van hun volle programma. Samenwerking binnen de praktijk en overeenkomst over het project is dus een belangrijke voorwaarde.

"Bij ons is de moeilijkste job die van de gezondheidspromotrice! De rol van zo'n groepen samen te stellen, de artsen te motiveren om daaraan mee te doen, dat is de verdomd moeilijkste job! Ik zou het niet kunnen doen. Je hebt weinig of geen contact met de patiënten, je bent met groepen bezig maar je weet nooit wie er gaat komen en wie niet en dus die persoon moet geholpen worden door een visie van een groep. Iedereen moet akkoord zijn binnen zo'n groep dat we niet meer individueel gaan werken voor zo'n groep, dat gebeurt nog wel voor urgenties uiteraard en al wat je wil, maar we gaan meer onze tijd besteden aan een andere manier van werken."

Samenwerking tussen de praktijken.

Een voorstel om samen te werken met verschillende wijkgezondheidscentra of huisartsenpraktijken om de last te verlichten en de groep deelnemers te vergroten werd enkele jaren geleden ook gedaan. Dit is echter nooit van start gegaan. De drempel om zich te verplaatsen en een nieuwe locatie op te zoeken zou te hoog zijn.

"Ik weet dat [er vanuit twee wijkgezondheidscentra over was nagedacht om] samen een groep te doen. Zij hebben ook ooit de training gevolgd. Dus ik wil dat hier maar even zeggen. Daar is dus ooit sprake van geweest maar dat is er dan nooit van gekomen, misschien ook omwille van tijd of omdat het moeilijk is om mensen van de ene praktijk naar de andere te krijgen. De locatie speelt zeker ook een rol. Ik wou dat gewoon maar eens zeggen dat er daar in het verleden ook al over nagedacht is."

Samenwerking in overleg met andere actoren.

Een laatste voorstel tot samenwerking betreft het idee om meer systematisch een multidisciplinair overleg te houden met de actoren waar de patiënt zelf voor kiest. Dit kan een huisarts, psycholoog, kinesist, maar ook een vriendin, een sociaal assistent, een buur of een familielid zijn. Iedereen die kan meehelpen in het bespreken van een werkplan voor de patiënte zelf. Dit kan zeer interessante informatie en ideeën opleveren. De patiënte voelt zich ook gevaloriseerd. De praktische organisatie van zulke overlegmomenten is geen sinecure. Het overal aanwezige tijdsgebrek bij de verschillende deelnemers kan dit voorstel mogelijks onhaalbaar maken.

"Maar daar waar het interessant kan worden, is op het plan van 'la concertation'. 'Concertation' betekent zoiets als: in het centrum staat een persoon met zijn klachten en we gaan haar vragen: " We gaan een vergadering houden. Welke persoon uit uw omgeving wenst u aanwezig te zien tijdens dit overleg om na te gaan hoe een therapeutische behandeling voor u zal verlopen". Of het nu gaat over een ziekte of iets anders. Dus gaat ze kiezen en vaak is dat iemand uit haar naaste omgeving, maar die niet noodzakelijk directe familie is. Maar het is heel interessant: deze overlegmomenten worden meer en meer getheoretiseerd en geanalyseerd.... het is geen coördinatie maar een echt overleg met een hele procedure. Maar dat vergt alweer heel veel energie om die personen allemaal tegelijk samen te brengen. Dit is vaak het ideaalste maar om het uit te voeren?.... maar het kan interessant zijn. "

4. Discussie

1. Antwoorden op de verschillende onderzoeksvragen.

1. Het psychologisch onwelzijn

Hieronder bespreken we de verhouding van het psychisch onwelzijn van de niet-werkende moeders tussen 25 en 50 jaar in onze praktijk tegenover de algemene Belgische populatie. We bevestigen dat deze tendens ook herkend wordt door andere zorgverleners in Brussel. Hiernaast bespreken we de rol van psychosomatiek bij deze patiëntenpopulatie.

Verhouding psychologisch (on)welzijn van de onderzochte patiëntenpopulatie tegenover de algemene Belgische populatie.

Wanneer we de resultaten van de enquête in onze praktijk in Sint-Jans-Molenbeek vergelijken met de algemene resultaten van de Belgische bevolking, zien we dat ons vermoeden dat we met een uitgesproken groot percentage psychisch onwelzijn te maken krijgen, wordt bevestigd.

Indien we de drempelwaarden 2+ en 4+ overnemen, vertoont 74,7% van de geënquêteerde vrouwen in onze praktijk indicaties voor psychisch onwelzijn (2+), in vergelijking met 32% in de Belgische bevolking. Niet minder dan 54% van onze vrouwen maakt een reële kans op een psychische aandoening (4+), wat slechts 18% is in de Belgische bevolking.

Alle Brusselse artsen, psychologen en de andere gezondheidszorg-actoren in de verschillende focusgroepen herkennen deze zeer frequente problematiek bij de vrouwen in Brussel waarmee ze in contact komen als zorgverlener.

Psychosomatiek binnen onze praktijk.

Zoals te zien was in figuur 3, uiten Marokkaanse vrouwen hun psychisch onwelzijn veel vaker door somatische klachten te melden dan de authentieke Belgische bevolking. Dit weerspiegelt zich ook in de enquête waar we de patiënten bevroegen over chronische pijnklachten. In grafiek 6 zagen we dat hoe hoger de GHQ-12 score steeg, hoe vaker de chronische pijnklachten toenamen. Uiteraard geven de resultaten op de vraag of de patiënten de laatste tijd meer chronische pijnklachten ervaren een som weer van de fysieke en de somatische chronische pijnklachten. Het betreft een vicieuze cirkel. Een toename van fysieke chronische pijn, kan een stijging van het psychisch onwelzijn veroorzaken, die dan weer een stijging van de somatiek kan teweegbrengen. Men kan dus geen absolute besluiten trekken uit de bekomen resultaten, maar ze geven mogelijks wel een zekere tendens weer van toenemende somatisatie bij toenemend psychisch onwelzijn.

In onze praktijk komen we bijzonder vaak in aanraking met psychosomatiek. Het is vaak zeer moeilijk om de barrière van de psychosomatiek te doorbreken en de patiënten te overtuigen dat de oorsprong van de klachten binnen hun psychisch onwelzijn kadert. Deze psychosomatiek vergt een specifieke aanpak waar we als Vlaamse artsen weinig voor opgeleid zijn. Verder onderzoek in verband met de aanpak van deze veel voorkomende drempel in onze praktijk zou kunnen helpen in de behandeling van deze patiënten.

2. De rol van de determinanten van geestelijke gezondheidszorg

Een mogelijke verklaring voor de hoge percentages die we hierboven beschrijven, had kunnen zijn dat de MEM, vanuit hun verschillende culturele achtergrond, sneller slechtere waarden zouden rapporteren dan de Belgen. Het lijkt inderdaad een algemene tendens voor MEM om op soortgelijke subjectieve gezondheidsenquêtes consequent slechte waarden door te geven. Onderzoek heeft echter aangetoond dat wanneer de socio-economische levensomstandigheden verbeteren, deze verschillen bijna volledig verdwijnen.[10] Hieruit blijkt dus dat niet de socio-culturele verschillen bepalend zijn, maar wel de socio-economische. Het blijft echter steeds moeilijk om te objectiveren wat het juist is dat de vrouwen bedoelen

wanneer ze hun gezondheid als ‘goed’ of ‘slecht’ bestempelen en in hoeverre dit een bias kan zijn in de resultaten van de verschillende groepen.

De betere verklaring voor de hoge percentages, bekomen we wanneer we de determinanten van geestelijke gezondheid voor de geënquêteerde vrouwen overlopen.

We gaan hieronder voor de bevraagde vrouwen dieper in op de eerder besproken determinanten van Dahlgren en Whitehead.

Kern: persoonlijke factoren

Allereerst zijn er de persoonlijke factoren van deze vrouwen: leeftijd, geslacht, land van herkomst. Uit het hogerop beschreven literatuuronderzoek en in tabel 2 zien we dat vrouwen in België gemiddeld een stuk slechter scoren dan mannen. Onze enquête bevatte enkel vrouwen.
Ook de leeftijdsgroep waarin onze patiënten zich bevinden (25 tem 50 jaar) blijkt algemeen meer psychisch onwelzijn te vertonen dan de jongere of oudere leeftijdscategorie.
Van alle ondervraagde vrouwen behoorde 76% tot de Maghrebijnse populatie. Dit zijn in onze praktijk bijna uitsluitend Marokkaanse vrouwen. Uit het literatuuronderzoek vernemen we dat deze bevolkingsgroep ook beduidend slechtere resultaten vertoont op de GHQ-12 dan alle andere bevolkingsgroepen.
We besluiten hieruit dat deze vrouwen op de belangrijkste vlakken van de kern van de cirkel van Dahlgren en Whitehead de minst favorabele positie hebben.

Eerste laag: persoonlijk gedrag en leefstijl

Er werden in de enquête geen specifieke vragen gesteld die het persoonlijk gedrag of de leefstijl bevroegen. We kunnen hier dan ook geen conclusies uit trekken.

Tweede laag: sociale netwerken of psychosociale condities

Ook hierover werden in de enquête zelf weinig vragen gesteld. Uit het literatuuronderzoek leren we echter dat in vergelijking met de algemene Belgische bevolking een groter percentage Marokkaanse personen aangeven het gevoel te hebben niet over affectieve ondersteuning te beschikken vanuit hun sociaal netwerk.[9] We lezen dat dit in Molenbeek niet anders is. Hoewel de MEM in Molenbeek sterke culturele banden onderhouden, hebben ze niet de voordelen van een sociaal vangnet zoals verwacht zou kunnen worden. Ook op het niveau van deze laag zien we dat de vrouwen in onze praktijk zich in een minder favorabele situatie bevinden.

Derde laag: materiële levensomstandigheden en gezondheidszorgorganisatie

Ook hier vinden we in de literatuur belangrijke verschillen in uitkomsten van psychisch onwelzijn op basis van woonplaats, inkomen, opleiding en tewerkstelling (Tabel 2). Men ziet dat het psychisch onwelzijn bij inwoners van Brussel een stuk hoger ligt dan bij de inwoners van Vlaanderen of Wallonië. Onze praktijk, gelegen in Brussel, valt hiermee opnieuw in de slechtst scorende groep.

Onze praktijk, gelegen in het historisch centrum, wat in het oosten van de gemeente ligt, is een forfaitaire praktijk. Om zich te mogen inschrijven in onze praktijk wordt er niet geselecteerd op basis van inkomen. We kunnen dus geen cijfers geven over de financiële situatie van onze patiënten. Wat we wel weten is dat zoals hierboven beschreven in de literatuurstudie de algemene populatie in en rond onze praktijk met een laag inkomen sterk vertegenwoordigd is. Het feit dat de bevraagde vrouwen allemaal werkloos waren, zal op financieel vlak zeker niet in hun voordeel spelen.

Het feit dat de volwassen bevolking in de wijk waar onze praktijk gevestigd is, vaak geen universitair diploma of zelfs geen diploma algemeen secundair onderwijs bezitten, speelt ook in het nadeel van onze patiëntenpopulatie. Ook hier zien we in tabel 2 dat mensen zonder diploma of enkel met een diploma lager onderwijs veel slechter scoren op de GHQ-12 dan hoger opgeleide mensen.

Omwille van het forfaitaire karakter van de praktijk, ervaren de ondervraagde patiënten geen financiële drempel om bij de huisarts op consultatie te komen. In de tweede en derde lijn verliezen onze patiënten echter dit voordeel en moeten ze zoals elke andere Belg opdraaien voor de financiële kosten. Dit kan zorgen voor uitstel van medische zorgen en hierdoor een invloed hebben op hun gezondheid.

Tewerkstelling

De literatuur geeft aan dat afwezigheid van tewerkstelling een negatieve invloed heeft op het psychisch welzijn. In onze praktijk viel op dat het psychisch onwelzijn van de werkloze vrouwen uit verschillende regio's van herkomst zeer uiteenlopend is.

We noteren enkele mogelijke connecties tussen het hebben van een psychische aandoening en de tewerkstelling voor de verschillende regio's van herkomst.

Zoals eerder besproken en geïllustreerd in grafiek 5 en Tabel 4, bleek dat 30% van de 25-50 jarige vrouwen in onze praktijk zeker niet werken.

We zien hier dat de hoogste percentages werklozen bij de vrouwen van Marghrebijnse (41%) en Pakistaanse (35%) origine liggen. De Belgische (1%), Oost-Europese (14%) en Afrikaanse (25%) percentages liggen in vergelijking hiermee veel lager.

Anderzijds zien we dat van deze werkloze vrouwen het percentage vrouwen met een reële kans op een psychische aandoening (4+) zeer hoog ligt bij deze laatste 3 groepen: voor de ondervraagde werkloze Belgen en Oost-Europese vrouwen was dit 100%, bij de Afrikaanse vrouwen was dit 75%. De Maghrebijnse (56%) en vooral de Pakistaanse (13%) vrouwen scoorden hierop veel lager.

Uit het feit dat in de Belgische, Oost-Europese en Afrikaanse bevolking de werkloosheidsgraad laag is en dat bij de vrouwen die niet werken het psychisch onwelzijn hoog is, zouden we mogelijks kunnen stellen dat de cultuur van deze bevolkingsgroepen eerder carrièregericht is. Ofwel lijdt de vrouw aan een psychische aandoening en heeft ze hierdoor een medische reden om niet te gaan werken, ofwel kan ze geen werk vinden, is dit niet de voorkeurssituatie, en stijgt hierdoor het psychisch onwelzijn. Vermoedelijk interfereren beide factoren met elkaar. Verder onderzoek hierrond zou deze hypothese kunnen bevestigen of tegenspreken.

Bij de Marokkaanse en Pakistaanse vrouwen zien we een veel hogere werkloosheidsgraad met een veel lager percentage van psychisch onwelzijn binnen deze groep in vergelijking met de andere groepen. Een mogelijke oorzaak hiervan is te vinden binnen de culturele context waar vrouwen traditioneel vaker thuis blijven, of waar het opbouwen van een carrière voor de vrouw minder belangrijk is dan in andere culturen. Veel van de Pakistaanse vrouwen in onze praktijk bevinden zich ook in een stabielere financiële situatie, waardoor bij hen de determinant 'financiële zorgen' niet inspeelt op hun psychisch onwelzijn en de GHQ-12 scores dus lager liggen dan bij de Marokkaanse vrouwen, waar dit vaak wel een belangrijke determinant is. Ook om deze hypothese te bevestigen is verdere bevraging van deze patiënten nodig.

Vierde laag: algemeen structurele factoren, politieke omgeving

Deze laag heeft een grote impact op de algemene gezondheid van de bevolking. Ze heeft een belangrijke invloed op alle onderliggende lagen. Een goede aanpak van deze factoren is uiteraard primordiaal binnen de gezondheidsbevordering. In de praktijken van Geneeskunde voor het Volk, wordt hier al veel aandacht aan besteed en wordt hierrond veel onderzoek gedaan. Vanuit de visie dat een ander maatschappijmodel de algemene gezondheid van de patiënt kan verbeteren, neemt GVHV initiatieven om de patiënten hieromtrent te informeren en samen te brengen. Dit samenbrengen kan de patiënt hoop geven op verandering, zelfs wanneer er op dat moment voor hem geen persoonlijke oplossing is. De mobilisatie van mensen die op dezelfde obstakels stoten kan ook een mogelijkheid bieden om deze problemen te verwoorden en aan te kaarten bij de hogere instanties.

Wanneer men al deze determinanten bekijkt, ziet men dat deze bevraagde vrouwen zich voor elk van deze lagen (buiten de betaalbare huisartsgeneeskunde) in de minst favorabele positie bevinden. Het mag ons dan niet verbazen dat het psychisch onwelzijn bij de huismoeders in onze praktijk zo hoog ligt. Er is nood aan een aangepaste begeleiding van deze patiënten die verder gaat dan enkel psychologische opvolging. Het verbeteren van de lacunes op de verschillende niveaus zou het percentage vrouwen met psychisch onwelzijn in onze praktijk drastisch kunnen doen dalen.

3. De oorzaken van therapieontrouw bij onze onderzoekspopulatie.

We zien in onze praktijk dat veel van de therapiemogelijkheden die we voorstellen zoals activatie, ontspanning, opvolging door de psycholoog of deelname aan onze groepssessies frequent niet worden opgevolgd door de patiënten.

Wanneer we voor onze patiëntenpopulatie de factoren bekijken waarvan de literatuur beschrijft dat ze een invloed hebben op de therapietrouw, kunnen we enkele mogelijke redenen aangeven voor deze lage compliantie.

Bij de persoonsgebonden factoren lezen we dat een lagere socio-economische status een negatieve invloed heeft op de therapietrouw.
Bij de aandoeningsgebonden factoren zouden de ernst van de klachten en de ervaren behoefte de therapietrouw moeten bevorderen. Zoals blijkt uit de enquête, ervaren de vrouwen ernstige klachten. Vaak ontbreekt echter het ziekte-inzicht, waardoor ze een grote vraag hebben naar ingrijpende fysieke behandelingen, maar niet gemotiveerd zijn voor een psychologische opvolging.
Therapiegebonden factoren spelen ook een grote rol. Het aanbod van psychotherapie strookt mogelijks niet met de culturele achtergrond van de patiënten. De traditioneel westerse, persoonsgerichte behandeling zou als te opdringerig kunnen ervaren worden. De kostprijs en beschikbaarheid zijn in onze praktijk geen probleem omdat we samenwerken met een eerstelijnspsycholoog die meestal snel beschikbaar is aan een betaalbare prijs.
De socio-culturele factoren spelen ook een belangrijke rol. Een therapie benodigen voor een psychologisch probleem wordt door veel patiënten nog steeds als een taboe ervaren. Het is mogelijk dat bij onze patiënten de invloed van de gemeenschap en de familie een grote rol speelt in het al dan niet ingaan op de behandelvoorstellen en dat angst voor stigmatisatie de patiënten tegenhoudt om het genezingsproces correct aan te pakken.

4. De behandeling van en nieuwe werkpistes voor dit psychisch onwelzijn bij de onderzochte patiëntenpopulatie.

Behandeling

De verschillende zorgverleners in de focusgroepen geven aan dat het vinden van een aangepaste behandeling voor het psychisch onwelzijn van deze niet-werkende vrouwen geen sinecure is.

Een van de doelen van deze thesis is het ontdekken van bestaande of nieuwe behandeltechnieken die beter zouden kunnen aanslaan bij deze vrouwen dan de gangbare strategieën in onze praktijk.

De reeds gebruikte methodes door de huisartsen binnen onze praktijk bestaan vooral uit drie onderdelen:

(1) het opvolgen van de patiënten door de huisarts zelf, waarbij vooral geluisterd wordt naar de worstelingen van de patiënt en waar mogelijk gedragstherapeutische tips worden meegegeven. Het is evident dat een opvolging van de somatische klachten hierbij aansluit.
(2) het voorstellen om zich te laten opvolgen door de psycholoog wanneer we merken dat we als huisarts de grens van onze capaciteiten hebben bereikt.
(3) het aanraden om deel te nemen aan onze vrouwenactiviteiten in de praktijk. Dit kunnen culturele activiteiten zijn of praatgroepen die dieper op een bepaalde problematiek ingaan.

Hoewel we deze drie behandeltechnieken al jarenlang systematisch voorstellen aan onze patiënten, constateren we dat het psychologisch onwelzijn in de praktijk nog steeds bijzonder hoog blijft.

We merken echter dat veel van de voorgestelde behandeltechnieken uit de literatuur en uit de focusgroepen gebaseerd zijn op gelijkaardige methoden.

Verschillende voorstellen kunnen zowel voor behandeling als voor preventie worden ingesteld.

1. Holistische benadering

Allereerst werd zowel in de literatuur als in de focusgroepen de nadruk gelegd op de holistische benadering. Een sterke vertrouwensband binnen een correcte zorgverlener-patiënt-relatie is cruciaal.

De achtergrond van de patiënt bevragen en mee in rekening brengen bij het voorstellen van een therapie is van belang. Zo kan het voor vrouwen uit bepaalde culturen een zeer hoge drempel zijn om zich door een mannelijke zorgverlener te laten helpen. Zeker wanneer het gaat over psychisch lijden. Voor sommige culturen kan een probleemgerichte aanpak beter aanslaan dan een emotiegerichte therapie.

Een raadpleging (letterlijk: 'om raad vragen'), begint pas bij het correct overbrengen van de hulpvraag en het verstaan van de aangeboden raad. Het is daarbij uiteraard belangrijk om de nodige voorzorgen te nemen om de patiënt goed te begrijpen. Dit kan door een gezamenlijke taal, of door het inschakelen van een tolk of intercultureel bemiddelaar.

In onze praktijk wordt er veel aandacht besteed aan de zorgverlener-patiënt-relatie en wordt de achtergrond genoeg geëxploreerd. Praktisch is het soms moeilijk om voldoende rekening te houden met alle culturele vereisten. De twee psychologen werkzaam in de praktijk zijn mannen. Dit zou een bijkomende drempel kunnen zijn voor de vrouwen in onze praktijk die voornamelijk moslima's zijn. Anderzijds werken dezelfde psychologen nog deeltijds in een andere praktijk in Brussel, waar ze deze drempel niet ervaren.

Wanneer we spreken over de taalbarrière, is er in onze praktijk nog ruimte voor verbetering mogelijk door meer samen te werken met tolken of intercultureel bemiddelaars.

2. Groepstherapie

Zoals ook in onze praktijk het geval is, stellen verschillende zorgverleners groepstherapie voor als een mogelijke preventie- of behandelmethode.

Drie soorten groepsactiviteiten worden voorgesteld:

(1) socio-culturele groepen waarbij vooral sociale netwerken worden gesmeed tijdens ontspannende en vormende activiteiten,

(2) praatgroepen waar de vrouwen het woord krijgen en bepaalde onderwerpen in het kader van het psychisch welzijn worden aangehaald

(3) groepsprogramma's waarbij een volledig programma wordt gevolgd met opleiding en steun met als doel de patiënt te 'empoweren' om zelf zijn gezondheid te leren aanpakken.

De voordelen van deelname aan zulke groepssessies zijn het ontwikkelen van een sociaal vangnet en een identiteit, de aanwezigheid van een (of in dit geval meerdere) luisterend oor, herkenning en erkenning van de moeilijkheden die ze doorstaan. De drempels zijn vaak het niet beheersen van de groepstaal, angst voor de privacy en het hebben van andere prioriteiten.

De meeste zorgverleners uit de verschillende focusgroepen ervaren de groepssessies waarin ze betrokken zijn als zeer waardevol. De positieve resultaten die worden aangebracht blijven echter zeer casusgericht en hebben weinig impact op de algemene psychische gezondheid van de vrouwen in de praktijk. De vrouwen die ingaan op het voorstel tot groepstherapie zijn vrij zeldzaam.

Ditzelfde ervaren we ook in onze praktijk. Een groot aantal vrouwen die meedoen aan de wekelijkse vrouwenactiviteiten hebben we een grote vooruitgang zien boeken, maar de meeste vrouwen engageren zich niet voldoende om de behandeling in werking te laten treden.

3. Individuele behandeling

De individuele behandeling door de huisarts of door de psycholoog blijft voor sommige hulpverleners nog steeds de eerste keuze. Er wordt ook aangehaald dat deze behandelmethode sommige patiënten beter kan liggen dan andere methoden.

De voordelen van de individuele opvolging door de huisarts zijn de lage drempel omwille van het feit dat de huisarts het eerste vangnet is voor de patiënten en de korte wachtlijst. Nadelen zijn echter de hoge werkdruk, de beperkte tijd en de ontoereikende vorming in de behandeling van chronisch psychisch onwelzijn.

Opvolging door de psycholoog wordt in onze westerse cultuur nog steeds als de eerste keuze behandeling gezien. Deze hulpverleners zijn de behandelaars bij uitstek van het psychisch onwelzijn in onze maatschappij. Een belangrijke zorg van de zorgverleners in de focusgroepen was de toegankelijkheid en de continuïteit van de opvolging door de psycholoog. Grote drempels zijn echter het heersende taboe in veel culturen, de financiële kost en de wekenlange tot maandenlange wachtlijsten. Individuele opvolging door de psycholoog zou voor patiënten uit een gemeenschapsgerichte cultuur mogelijks zijn doel kunnen missen.

De aanwezigheid van een psycholoog in de huisartsenpraktijk brengt veel voordelen met zich mee. De drempel wordt verlaagd omdat de psychologen geen onbekenden meer zijn voor de patiënten, ook de locatie kan een voordeel zijn voor vrouwen die angst hebben voor stigmatisatie omwille van de aanwezige disciplines in het gebouw, multidisciplinaire co-consultaties met de huisarts en de psycholoog samen worden mogelijk en de mogelijkheid tot communicatie tussen de verschillende disciplines gaat er enorm op vooruit.

Belangrijk is wel dat de benodigde therapievorm in de eerste lijn niet noodzakelijk overeenkomt met deze in de tweede lijn. De eerstelijnspsychologen moeten bereid zijn om hun vertrouwde technieken opzij te zetten en om aan te voelen wat het is dat de patiënten nodig hebben om te genezen. Net zoals voor de huisartsen is dit geen eenvoudige taak en zijn veel psychologen hier niet specifiek voor opgeleid.

Hoewel het ELP project in onze praktijk moeite had om van de grond te komen, lijkt dit in andere praktijken zeer goed te werken.

Het feit dat in onze praktijk de consultatie bij de huisarts gratis is, dat we zorgen dat de patiënten steeds zo snel mogelijk terecht kunnen en vooral dat we uitgebreid de tijd nemen om naar deze patiënten te luisteren, legt de drempel om steeds weer naar de huisarts te komen met de klachten van psychisch onwelzijn zeer laag. Het voordeel is dat we hiermee zeer veel vrouwen kunnen bereiken die nood hebben aan een behandeling, het nadeel is dat het voor de patiënt te comfortabel wordt om enkel nog bij de huisarts te consulteren en dat ze de stap niet nemen naar de andere aangeboden behandelingen.

De artsen in onze praktijk voelen de ernstige en veelvuldige klachten van de patiënten, de hoge werkdruk, het tijdsgebrek en de lacunes in de professionele kennis aan als een zware mentale belasting.

Hoewel we in onze groepspraktijk samenwerken met twee eerstelijnspsychologen, merken we dat de drempel om een afspraak te nemen bij een psycholoog in vergelijking veel hoger ligt. Hier zijn de drempels om een psycholoog te consulteren niet de kostprijs of de lange wachttijden, maar waarschijnlijk eerder het taboe, het feit dat onze psychologen mannen zijn en mogelijks de gebruikte therapievorm.

4. Het inschakelen van bestaande netwerken

De behandeling en preventie via de bestaande netwerken van de patiënt werd nog niet verder uitgewerkt in onze praktijk.

In de literatuur wordt voorgesteld om tijdens de behandeling meer aandacht te schenken aan familieleden, zodat de patiënten een betere omkadering krijgen. Ook het samenwerken rond gezondheidszorgprojecten met spirituele leiders of belangrijke leiders van de verschillende gemeenschappen zou de drempel tot gezondheidszorg kunnen verlagen.

De reactie van de zorgverleners op deze voorstellen was divers. Enkele zorgverleners hadden hier een beperkte ervaring mee die bij sommige positief waren, maar bij anderen slecht waren verlopen. De afwezigheid van scholing hierrond in het kader van de artsenopleiding, maar ook mogelijks het beroepsgeheim, speelt mee als een obstakel om deze methode te implementeren in de praktijk.

Nieuwe werkpistes

De bespreking van de werkpunten voor de innovatieve behandelmethoden benadrukte ook het belang van preventie. Er werden drie acties geformuleerd.

(1) de socialisatie van de patiënt door, naast de al bestaande groepssessies georganiseerd door de praktijken, meer samen te werken met de reeds bestaande culturele initiatieven in de wijk om het aanbod aan 'hybride' projecten te vergroten: activiteiten waarbij cultuur, kunst, sport en natuur gelinkt worden aan gezondheidspreventie en behandeling. Een bredere verkenning van het reeds bestaande aanbod in de wijk en een vlottere verwijzing van de patiënten kan al een goede eerste stap zijn.

(2) het ontwikkelen van een nieuw soort hulpverlener of coach die met de patiënt in meerdere sessies de verschillende determinanten bij de patiënt overloopt en hem begeleidt in het benoemen en aanpakken van de aanwezige problemen. Een sociaal assistent met een basis-vorming in de verschillende determinanten zou hiervoor in aanmerking kunnen komen. Deze coach kent de lokale structuren en verwijst de patiënten door naar de correcte instanties. Uiteraard moet hierbij ook rekening gehouden worden met de taal, de drempel van de genderverschillen, de fysieke bereikbaarheid en de financiële drempel.

Ideaal zou dit vanuit de gemeente georganiseerd worden, maar met enkele uren per week permanentie in de verschillende huisartsenpraktijken en centra voor geestelijke gezondheidszorg. Ook andere organisaties zouden kunnen samenwerken met zulke hulpverleners, zoals de verschillende diensten voor arbeidsbemiddeling, de culturele centra, scholen, etc.

(3) Een derde actiepunt is de samenwerking. Dit zowel met de disciplines binnen de praktijk zelf, tussen de verschillende praktijken en met de andere associaties in de wijk.

2. Zwaktes van het onderzoek

Hoewel dit onderzoek ons een aanwijzing geeft voor enkele mogelijke conclusies, zijn er veel zwaktes te bedenken die dit onderzoek in de ene of de andere richting zouden kunnen beïnvloed hebben.

Ten eerste zijn er de opmerkingen over het literatuuronderzoek. Verschillende opmerkingen zouden gegeven kunnen worden over de gekozen artikels. De zoekresultaten in Pubmed en Limo bevatten weinig grote, objectieve studies die recent gepubliceerd werden in een gekend tijdschrift. Enkele van de uiteindelijk gebruikte artikels waren kleine, lokale onderzoeken en zouden mogelijks tegengesproken kunnen worden door grotere onderzoeken.

De overgenomen gegevens uit oudere artikels zouden, indien ze vandaag opnieuw werden berekend, mogelijks andere resultaten geven en hierbij ook de conclusie van dit onderzoek kunnen beïnvloeden.

Hiernaast zijn er de artikels die werden aangeraden door de zorgverleners waarmee ik over het onderzoek sprak. Hoewel het meestal om artikels van goede kwaliteit gaat, worden er ook artikels geciteerd die mogelijks minder kwaliteitsvol zijn.

Ten tweede zijn er enkele opmerkingen te maken over de enquête. Deze werd afgenomen door verschillende enquêteurs. Dit heeft mogelijks een invloed op de uniformiteit van de antwoorden.

Het feit dat de enquêteurs ook de rechtstreekse zorgverleners zijn van de patiënten, zorgt voor een mogelijke bias wanneer we nadien de resultaten vergelijken met de nationale gezondheidsenquête waar deze enquête niet door de zorgverleners werd afgenomen.

Hiernaast speelt de taalbarrière ook een rol. Hoewel we de vrouwen waarbij de taalbarrière echt te hoog was niet in de studie hebben geïncludeerd, was het voor veel vrouwen niet altijd eenvoudig om de nuances van de verschillende vragen goed te begrijpen. De uitleg van de zorgverleners kan hier opnieuw een bepaald antwoord gefavoriseerd hebben.

De GHQ-12 vergelijkt de psychische situatie van de patiënt ‘de laatste tijd’ met ‘vroeger’. Een vraag die hier gesteld kan worden is hoe dit een invloed heeft op de antwoorden van de vrouwen die al jarenlang chronisch psychisch onwel zijn.

Ten slotte zijn er de focusgroepen met de professionele zorgverleners. Een ander resultaat zou mogelijk bekomen zijn, mochten we de kans gehad hebben om met meer Franstalige zorgverleners te spreken. Nederlandstalige en Franstalige wijkgezondheidscentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg en culturele organisaties zijn in Brussel volledig van elkaar gescheiden en functioneren op een zeer verschillende manier. Nieuwe samenwerkingsmogelijkheden of behandeltechnieken zouden hiermee misschien aan het licht gekomen zijn.

5. Conclusie

Onze praktijk in Sint-Jans-Molenbeek bevat een uitzonderlijk grote proportie niet-werkende moeders met ernstige klachten van psychisch onwelzijn. Dit uit zich vaak aan de hand van somatische klachten, waarvoor het niet eenvoudig is een systematische behandeling te vinden die aanslaat bij alle patiënten. De sociale determinanten voor deze klachten zijn zeer multifactorieel en divers. Sommige oorzaken zijn niet beïnvloedbaar, zoals geslacht, leeftijd en regio van herkomst, maar de meeste andere oorzaken zijn wel aan te passen. Zo kunnen leefstijl en risicofactoren aangepakt worden, sociale netwerken kunnen uitgebreid worden, leef- en werkvoorwaarden kunnen veranderen mits een goede aanpak en algemene sociaal-economische, culturele en omgevingscondities zijn geen statische gegevens en kunnen –weliswaar vanop een hoger niveau- aangekaart worden. We merken dat onze patiëntenpopulatie zich in het algemeen op al deze vlakken in de minst favorabele bevindt en dat hier veel ruimte is voor vooruitgang.

Het is belangrijk om in de behandeling van onze patiënten niet gefixeerd te blijven op de specifieke klachten van psychisch onwelzijn en niet enkel een psychologische opvolging aan te bieden, maar breder te werk te gaan en de problemen voor zover mogelijk aan de wortel aan te pakken. Daar waar de klachten niet meer beïnvloedbaar zijn, kan een psychologische aanpak noodzakelijk zijn om de patiënt te leren omgaan met de problematische situatie. Volgens GVHV zou ook het samenbrengen en mobiliseren van mensen met dezelfde problematiek om bij politieke instanties aan te dringen op verandering, een betere situatie kunnen teweegbrengen en zouden de patiënten hiermee ook het gevoel krijgen niet in een hopeloze situatie te zitten.

Daar waar de problemen wel aangepakt kunnen worden, is psychologische opvolging niet altijd de eerste prioriteit. Zo zullen bijvoorbeeld psychologische coping strategieën voor een vrouw die zich psychisch onwel voelt omdat ze het gevoel heeft een slechte moeder te zijn omdat de kinderen chronisch ziek zijn omwille van een lekkend dak, die de taal niet meester is, die niet weet tot welke instanties ze zich moet richten, met een afwezig sociaal netwerk en een problematische financiële situatie, weinig helpen.

In het literatuuronderzoek en in de focusgroepen werden verschillende soorten mogelijke behandelstrategieën besproken. Dit waren telkens zeer gerichte oplossingen voor een specifiek probleem. Wanneer we echter het geheel aan voorstellen evalueren, zien we dat elk van deze voorstellen zich richt tot een van de sociale determinanten van psychisch onwelzijn. Het is niet mogelijk om in deze conclusie ‘de beste’ behandelmethode aan te wijzen en voor te stellen aan de Molenbeekse huisartsenpraktijken omdat ze allemaal belangrijk zijn. Als vertrekpunt moet uiteraard een holistische benadering gebruikt worden met aandacht voor de achtergrond van de patiënt in de anamnese. Aanpak van de taalbarrière door gebruik te maken van professionele tolken en rekening houden met de culturele en religieuze barrières zijn basisvoorwaarden voor een goede zorgverlening. Wanneer de verdere behandeling moet bepaald worden, is de kunst te weten te komen waar de nood ligt bij de patiënt aan de andere kant van het bureau en hiervoor een gerichte behandelmethode voor te stellen. Net zoals niet elke patiënt met psychisch onwelzijn nood heeft aan een intensieve opvolging bij een psycholoog, heeft ook niet elke patiënt nood aan het uitbreiden van zijn sociaal netwerk.

Indien de klachten ontstaan door een niet-beïnvloedbare oorzaak, is een persoonlijke opvolging bij de huisarts, of indien nodig, bij de psycholoog de eerste keuze. Afhankelijk van de cultuur of de voorkeur van de patiënt kan dit ook via groepstherapie gebeuren, zoals bijvoorbeeld de goed-gevoel-stoel, of een andere praatgroep.

Indien de klachten ontstaan op het niveau van leefstijl en risicofactoren kan een individuele opvolging bij de huisarts nuttig zijn, maar kan ook een nauwere samenwerking met bestaande culturele gemeenschappen en netwerken een oplossing bieden. Goede culturele gewoonten kunnen aangemoedigd worden en ongezonde gewoontes kunnen besproken en aangepakt worden.

Indien het probleem zich bevindt in het tekort aan een sociaal vangnet, kunnen het deelnemen aan socio-culturele groepen of het versterken van de familiale banden een oplossing bieden. Samenwerking met culturele centra of organisaties in de wijk en het ontwikkelen van hybride projecten kunnen hierbij helpen.

Voor leef- en werkvoorwaarden is het soms nodig de patiënten persoonlijk naar de juiste instanties te begeleiden. Empowerment van de patiënt is een belangrijke taak van de huisarts, maar mag niet als excuus gebruikt worden om de patiënt in de steek te laten als deze omwille van lage opleiding, taalbarrière, geringe mentale capaciteiten of andere redenen niet in staat is zelf zijn problemen aan te pakken. Doorverwijzing naar de juiste diensten voor arbeidsbemiddeling, betrouwbare firma's die verbouwingen kunnen realiseren in de woningen, verwijzing naar een loopbaancoach, connecties met beschikbare sociaal assistenten die helpen in het papierwerk of die de financiële mogelijkheden voor de patiënt bekijken, aanbieden van het aanbod van opleidingen en vrije tijdsbestedingen in de wijk, etc. kunnen de leef- en werkvoorwaarden van de patiënt positief beïnvloeden.

Uiteraard valt het voor een huisarts of psycholoog volledig buiten zijn curriculum en opleiding om bij de patiënt thuis te gaan kijken waar de problemen zich juist bevinden en deze nadien te helpen in het contact met de techniekers die het huis weer bewoonbaar kunnen maken, of om volledig uit te pluizen hoe de patiënt aan de nodige financiële fondsen kan geraken. Hiervoor is het voorstel om een coach ter beschikking te hebben die stap voor stap met de patiënt overloopt waar de verschillende problemen op alle lagen van de cirkel van Dahlgren en Whitehead zich bevinden en de nodige 'hands on' hulpverlening voorziet een zeer belangrijke suggestie. Het is onder andere dit niet strikt medische werk dat het werk van de arts of psycholoog op de beperkte tijd en met de beperkte kennis die hij bezit vaak emotioneel zeer zwaar maakt. Uitbesteding van deze taken aan zorgverleners die hiervoor opgeleid zijn, zou een grote verlichting van de consultaties kunnen teweegbrengen. Deze coaches kunnen idealiter vanuit de gemeente aangeboden worden aan de verschillende instanties die deze moeilijkheden met deze patiëntenpopulatie ervaren, maar kunnen ook door overkoepelende organisaties –zoals het Huis voor Gezondheid in Brussel- georganiseerd worden. Een grote groepspraktijk kan dit ook instellen in zijn verzorgingsaanbod, maar hoewel de aantallen vrouwen (of mannen) die deze hulp benodigen relatief groot zijn, zal er mogelijks niet voldoende werk zijn voor een fulltime tewerkstelling van deze coach binnen de praktijk en omwille van de toch belangrijke vorming die hiervoor moet gevolgd worden om voldoende kennis van zaken te hebben, kan dat een moeilijkheid zijn. Samenwerking met verschillende groepspraktijken binnen dezelfde wijk zou hiervoor een oplossing kunnen zijn.

Deze coach kan ook de link zijn met de politieke of culturele overheden om de noden in de gemeente in kaart te brengen en veranderingen voor te leggen aan de bevoegde instanties.

Een brede kijk zowel op het leven van de patiënt als op het aanbod van mogelijkheden binnen de wijk en een samenwerking met de verschillende disciplines binnen de praktijk, met de andere groepspraktijken in de buurt en met de bestaande organisaties in de omgeving kunnen het werk van de huisarts en psycholoog sterk verlichten en het psychisch onwelzijn van de patiënt aanzienlijk verbeteren.

Verder onderzoek na de implementatie van deze behandelmethode zal uitwijzen of de voorgestelde manier van werken een positieve invloed zal hebben op het psychisch onwelzijn bij de vrouwen in onze praktijk en of de werkdruk voor de artsen hiermee effectief verlicht zal worden.

LITERATUUR

1. Belgische gezondheidsenquête 2013 : Deel 1 Gezondheid en welzijn. Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid,2013
2. General Health Questionnaire. Nederlandse Bewerking (GHQS-30 en GHQ-12). Koeter, M.W.J., & Ormel, J. Swets Test Services, 1991
3. Onderzoeksrapport voorkomen en aanpak van psychosociale problemen in de eerste lijn. Vannieuwenborg L, Buntinx F, De Lepeleire J. Department of General Practice: Report. KU Leuven; 2013.
4. Belgische gezondheidsenquête 2013. Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid, 2013
5. Policies and Strategies to Promote Equity in Health. Dahlgren G, Whitehead M. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.
6. WHO regional committee for Europe The European Mental Health Action Plan, Turkey 2013
7. Psychosocial health among immigrants in central and southern Europe. Stefania Toselli. European Journal of Public Health, 24, 2014
8. Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium. A general population study. Katia Levecque, Ina Lodewyckx, Piet Bracke, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2009
9. Gezondheid en gezondheidszorg bij allochtonen in Vlaanderen. Steunpunt Gelijkekansenbeleid; Levecque K, Lodewyckx I., vandenede S., Timmerman C, 2006
10. Contextual factors and immigrants' health status: double jeopardy. Lorant, V., Van Oyen, H., & Thomas, I. Health and Place, 14, 678-692, 2008
11. Vrouwen, bestaansonzekerheid en armoede in het Brussels Gewest. Brussels armoederapport 2014. Observatorium voor gezondheid en welzijn Brussel-Hoofdstad, 2014
12. Recht op gezondheid. Aanpak van de gezondheidskloof. Resultaten van een verkenning. Samenlevingsopbouw Vlaanderen, 2012
13. Geïntegreerd cultuurbeleidsplan molenbeek 2014-2019. Website gemeente Sint-Jans-Molenbeek: www.molenbeek.irisnet.be
14. Welzijns- en gezondheidsstatistieken van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Gemeentelijke fiche nr 12: Gemeente Sint-Jans-Molenbeek 2010.
15. Belgische gezondheidsenquête 2013 : Rapport 3 Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid 2013
16. Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. C Bambra, T A Eikemo. J Epidemiol Community Health;63:92–98, 2009
17. Immigrant Mental Health and Unemployment, Steven Kennedy. The economic record, 82; 445-459, 2006
18. Therapietrouw bevorderende maatregelen binnen de ambulante GGZ: een overzicht. van Dieren Q et al. GZ Psychologie 3, 2010
19. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. Jin J, Sklar GE, Ther Clin Risk Manag. 4(1):269-86. 2008
20. Therapietrouw of – keuze bij psychotische patiënten: wat zijn de beïnvloedende factoren en kunnen we die beïnvloeden om een betere therapietrouw te bevorderen? [dissertation], Peter Degand, Kortrijk, associatie KULeuven, KATHO 2012
21. The influence of culture on immigrant women's mental healthcare experiences from the perspectives of healthcare providers, Joyce Maureen O'Mahony, Issues in Mental Health Nursing, 28:453–471, 2007
22. EPA guidance on mental health and mental health care in migrants. Dinesh Bhugra , Susham Gupta, European Psychiatry 29, 2014
23. Counseling Muslim Americans: Cultural and Spiritual Assessments, Farah A. Ibrahim and Cass Dykeman. Journal of counseling & development, 2011
24. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. Dinesh Bhugra , Susham Gupta, World Psychiatry 10:2-10, 2011
25. Innovative Ways to Address the Mental Health and Medical needs of Marginalized Patients: Collaborations between Family Physicians, Family Therapists, and Family Psychologists, Warren L. Holleman, PhD, James H. Bray. American Journal of Orthopsychiatry 2004
26. WHO Regional Office for Europe. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2010
27. http://www.cgg-brussel.be/verwijzers/elp/
28. http://www.vaartkapoen.be/werkingen
29. https://www.fitinjehoofd.be/goed-gevoel-stoel

APPENDIX 1: protocol en toestemming ethische commissie

PROTOCOL:
Student(en): Marie-Sophie Vanderstuyft (mariesophie.vds@student.kuleuven.be)
Promotor: Jo Goedhuys (Jo.Goedhuys@med.kuleuven.be - u0005986 - Acad. Centr. Voor Huisartsgeneeskunde)
Faculteit: Geneeskunde
Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is: monocentrisch
De opdrachtgever is: academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is praktijkverbeterend.

Bijkomende gegevens:
Achtergrond:
Reeds van bij de start als HAIO in een wijkgezondheidscentrum in Sint-Jans-Molenbeek viel het me op hoeveel jonge (voornamelijk allochtone) vrouwen op consultatie kwamen met klachten variërend van surmenage tot depressie. Opmerkelijk was ook dat deze patiënten zich voornamelijk presenteerden met psychosomatische klachten. De klachten deden me denken aan een burn-out symptomatologie, hoewel de meeste van deze vrouwen niet werkten. Ik vond het dus interessant om dit verder uit te pluizen en na te gaan waar deze psychische moeilijkheden hun oorsprong vinden. Hiernaast viel me ook op dat er geen adequate behandeling voorhanden was om deze vrouwen verder te helpen. Meestal hadden ze in het verleden al een afspraak bij de psycholoog gekregen, maar hadden ze die om ongekende reden op het laatste moment afgebeld of waren ze na het eerste gesprek niet meer op vervolgafspraak gekomen. Buiten wat advies van de huisarts, kregen deze vrouwen dus geen psychologische begeleiding.
Dit is een frequent voorkomend probleem in onze huisartsenpraktijk, waar we in het kader van het ELP project samenwerken met 2 psychologen die eenmaal per week raadpleging houden in onze praktijk. Het zou dus potentieel interessant kunnen zijn om in samenwerking met het ELP project, het CGGZ Brussel en het Huis voor Gezondheid, maar ook samen met de patiënten zelf te zoeken naar nieuwe, effectievere behandelmethoden voor deze categorie van patiënten.

Vraagstelling:
Hoe kan de psychosociale zorg voor allochtone, niet-werkende moeders in regio Brussel, meer bepaald Sint-Jans-Molenbeek, geoptimaliseerd worden ?

Methodologie:
Stap 1A: literatuuronderzoek naar psychische problematiek bij niet-werkende moeders en behandeling hiervan + zoeken naar gestandaardiseerde vragenlijst naar psychisch onwelzijn + opstellen pistes om in stap 2B met gezondheidsmedewerkers te bespreken.
Stap 1B: Doelgroep selecteren. We schatten dat dit een 200-tal patiënten zullen zijn.
a. Query maken van alle vrouwen tussen 25-50 jaar in onze praktijk
b. Selectie op basis van werkstatus (niet-werkend) en het hebben van kinderen
STAP 2A: Eerste contact met patiënten resulterend uit stap 1B (200-tal patiënten): afnemen van korte gestandaardiseerde vragenlijst (vergelijkbaar met GHQ-12). Dit zal gebeuren tijdens de consultatie en mogelijks via telefonisch contact door een van de artsen of de verpleegster of de relatietherapeute van de praktijk.
STAP 2B: overleg met verschillende gezondheidsactoren (artsen, psychologen, maatschappelijk werkers,...) in Brussel in samenwerking met het Huis Voor Gezondheid. In focusgroepjes zullen we nagaan wat de bestaande ervaring is en wat mogelijke pistes zijn voor een goede behandeling. Ook bespreken we wat goede vragen zouden zijn om te stellen bij contact 2 met de geselecteerde patiënten.
STAP 3: Contact 2 met patiënten die een hoge score haalden op de eerder gestelde vragenlijst. Dit gebeurt voornamelijk door de HAIO, maar zal mogelijks ondersteund worden door de andere artsen, verpleegkundige en relatietherapeute van de praktijk. Afhankelijk van het aantal patiënten zal dit ofwel aan elke patiënt gevraagd worden ofwel volgens het saturatieprincipe gebeuren dwz dat we de patiënten interviewen tot er geen nieuwe informatie meer verkregen wordt uit de interviews. We schatten dat we op deze manier een 20 à 30 patiënten zullen interviewen. Hier zullen we via semi-gestructureerde interviews dieper ingaan op een aantal vragen die zullen onstaan vanuit het literatuuronderzoek en de focusgroepjes met gezondheidsmedewerkers.
STAP 4: bundelen van alle bekomen gegevens en evaluatie van reeds bestaande initiatieven met suggesties voor aanpak in de praktijk en verder onderzoek.

Referenties: General Health Questionnaire (GHQ-12). 1991 Auteur:Goldberg, D.

TOESTEMMING

Deze toestemming werd op 03/04/2015 via email verstuurd.
Beste student
Dear student

Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven.

Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards.
If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.

Met vriendelijke groeten

An Stockmans

APPENDIX 2: Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek: Psychische problematiek bij niet-werkende moeders in Sint-Jans-Molenbeek.
Verantwoordelijke onderzoeker: Dr. Marie-Sophie Vanderstuyft – Dr. Leen Vermeulen – Prof. Jo Goedhuys

In het kader van het thesisonderzoek van Dr. Marie-Sophie onderzoeken we de psychische gezondheid van de niet-werkende moeders in de praktijk. We gebruiken de bekomen informatie om mogelijke behandelingen voor psychische klachten in deze patiëntenpopulatie uit te werken. In eerste instantie stellen we aan elke niet-werkende moeder een korte vragenlijst voor. Uiteraard is dit volledig vrijblijvend voor de patiënt en zal het al dan niet invullen van de vragenlijst geen gevolgen hebben op de zorg van deze specifieke patiënt in onze praktijk. Nadien zullen we op basis van de bekomen resultaten een aantal patiënten hercontacteren om dieper in te gaan op de aangegeven klachten en om de mening van de patiënten na te gaan over enkele behandelingsmogelijkheden. Dit zal gebeuren via een vervolggesprek met een van de praktijkmedewerkers.

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: ……..
Datum: …… Handtekening deelnemer: ……

De onderzoeker mag later opnieuw contact met mij opnemen voor het vervolggesprek. JA/NEE (schrappen wat niet past)

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: ……
Datum: …… Handtekening onderzoeker: ……

APPENDIX 3: telefoonprotocol

Datum:

Dag Mvr_____, u spreekt met _____ van de praktijk Le Renfort .

Ik heb enkele korte, niet dringende vragen voor u in het kader van de thesis van Dr. Marie-Sophie. Heeft u 5 minuten de tijd?

- Indien 'nee': mogen we u later terugbellen?
  - Bedankt voor uw tijd en tot later in de consultatie.
- Indien de patiënt 'ja' zegt:
  - Bedankt om te willen meewerken. We onderzoeken het psychologisch welzijn van onze niet werkende moeders. U mag er zeker van zijn dat de antwoorden enkele voor ons onderzoek zullen gebruikt worden met respect voor uw privacy. U bent vrij om de vragenlijst op elk moment te stoppen.

De vragenlijst bestaat uit 16 vragen en zal een 5-tal minuten in beslag nemen. U hoeft enkel met 'meer dan gewoonlijk', 'zoals gewoonlijk' of 'minder dan gewoonlijk' te antwoorden. Verdere informatie is niet nodig voor het onderzoek. Mocht u hier toch dieper op in willen gaan, mag u altijd een afspraak nemen hierrond bij dr. Marie-Sophie. De vragen gaan niet over het verleden. Je antwoordt dus liefst zoals je je de laatste week hebt gevoeld.

Indien u de vragenlijst liever in de praktijk komt beantwoorden, mag u altijd een afspraak nemen bij dr. Marie-Sophie op een dinsdag middag.

	0	**1**	**2**	**3**
1. *Heeft u kinderen ? Hoeveel ?*	JA	NEEN	Hoeveel ? ….	
2. *Werkt u? (onder werk verstaan we ook opleidingen, zwartwerk,…)*	JA	NEE		
3. *Bent u de laatste tijd door zorgen veel slaap tekort gekomen?*	helemaal niet	niet meer dan gewoonlijk	wat meer dan gewoonlijk	veel meer dan gewoonlijk
4. *Heeft U de laatste tijd het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?*	helemaal niet	niet meer dan gewoonlijk	wat meer dan gewoonlijk	veel meer dan gewoonlijk
5. *Heeft u zich de laatste tijd kunnen concentreren op uw bezigheden?*	beter dan gewoonlijk	net zo goed als gewoonlijk	slechter dan gewoonlijk	veel slechter dan gewoonlijk
6. *Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad zinvol bezig te zijn?*	zinvoller dan gewoonlijk	net zo zinvol als gewoonlijk	minder zinvol dan gewoonlijk	veel minder zinvol dan gewoonlijk
7. *Bent u de laatste tijd in staat geweest uw problemen onder ogen te zien?*	beter dan gewoonlijk	net zo goed als gewoonlijk	minder goed in staat dan gewoonlijk	veel minder goed in staat dan gewoonlijk
8. *Voelde u zich de laatste tijd in staat om beslissingen (over dingen) te nemen?*	beter in staat dan gewoonlijk	net zo goed in staat als gewoonlijk	minder goed in staat dan gewoonlijk	veel minder goed in staat dan gewoonlijk
9. *Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kon?*	nee, had dat gevoel helemaal niet	niet minder de baas dan gewoonlijk	wat minder de baas dan gewoonlijk	veel minder de baas dan gewoonlijk
10. *Heeft u zich de laatste tijd alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld ?*	gelukkiger dan gewoonlijk	even gelukkig als gewoonlijk	minder gelukkig als gewoonlijk	veel minder gelukkig dan gewoonlijk

11. *Heeft u de laatste tijd plezier kunnen beleven aan uw gewone, dagelijkse bezigheden ?*	meer dan gewoonlijk	even veel als gewoonlijk	wat minder dan gewoonlijk	veel minder dan gewoonlijk
12. *Heeft u zich de laatste tijd ongelukkig en neerslachtig gevoeld ?*	helemaal niet	niet meer dan gewoonlijk	wat meer dan gewoonlijk	veel meer dan gewoonlijk
13. *Bent u de laatste tijd het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt ?*	helemaal niet	niet meer dan gewoonlijk	wat meer dan gewoonlijk	veel meer dan gewoonlijk
14. *Heeft u zich de laatste tijd alse en waardeloos iemand beschouwd?*	helemaal niet	niet meer dan gewoonlijk	wat meer dan gewoonlijk	veel meer dan gewoonlijk
15. *Heeft u de laatste tijd veel chronische pijnklachten ?*	helemaal niet	niet meer dan gewoonlijk	wat meer dan gewoonlijk	veel meer dan gewoonlijk

16. *We gaan de gegevens van alle vragenlijsten samenbundelen. Volgend jaar zullen we enkele patiënten opnieuw opbellen om te interviewen. Mogen we u hiervoor contacteren mocht u een van deze personen zijn? JA - NEE*

Hartelijk bedankt om mee te werken. Heeft u nog vragen ? Was alles duidelijk ?

APPENDIX 4: specialisten op het terrein

- Dr Louis Ferrant: Dr. Ferrant heeft zich in 1976 als huisarts gevestigd in Kuregem en daar, zowel op medisch als op sociaal vlak, pionierswerk verricht. Hij kreeg voor zijn baan-brekend werk, rond de tot dan niet zo gekende specifieke problematiek bij mensen met diverse culturele achtergronden dan ook de Prijs Verhulst- van Eekhoven. Ook in de louter medische wereld kreeg hij veel erkenning o.a. voor zijn inzet om voor huisartsen vorming en bijscholing in diversiteit te voorzien. Als bewijs van grote erkentelijkheid kreeg hij hiervoor de carrièreprijs Domus Medica.
- ELP psycholoog Stefaan Plysier: Stefaan Plysier werkt als psycholoog bij het Steunpunt cultuursensitieve zorg Brussel. Hij is (co-) auteur van Kinderen met een tweede huid en Migranten in Tijd en Ruimte. Stefaan geeft vormingen en lezingen. Na zijn opleiding als psycholoog volgde Stefaan de aanvullende studie Santé, Maladie, soin et cultures aan de Faculté de Medicine Paris Descartes. Naast zijn werk voor het Steunpunt is hij ook redacteur bij het tijdschrift Cultuur Migratie en Gezondheid van het Nederlandse Kenniscentrum Mikado.
- ELP psycholoog Redouane Ben Driss: Redouane Ben Driss is psycholoog-psychotherapeut en verzorgt opleidingen en supervisies. Hij werkt al 25 jaar lang in de geestelijke gezondheidszorg in België. Als expert in transculturele hulpverlening publiceerde hij meerdere artikelen over psychologische dimensies van migratie met betrekking tot culturele verschillen en heeft ook bijgedragen aan verschillende boeken over het onderwerp van oudere migranten en over de verschillende aspecten en de behandeling van psychische aandoeningen in een migratiecontext. Redouane is oprichter van meerdere steungroepen voor vaders en heeft zich gespecialiseerd in de problematieken van vaders en vaderschap in migratiecontext.
- Aline Meeûs en Emilie Gérard: psychologen binnen een Franstalig wijkgezondheidscentrum. Actief binnen het verbeteren van de werking van psychologen binnen de huisartsenpraktijken.
- Peter Degand: Peter Degand werkt als psychiatrisch verpleegkundige in Ieper, en is lid van de werkgroep Nvkvv Pluriculturee l verplegen. Peter schreef in 1999 een eindproef: Transculturele hulpverlening in de psychiatrie: 'Verloop van een opname bij vreemdelingen' en begeleidde tal van verpleegkundigen die naar het buitenland trokken voor een buitenlandse ervaring via stage of inleefreis. Peter werkte/bezocht psychiatrische ziekenhuizen in Egypte, Cuba, Benin en Honduras. Peter is mede-auteur van het boek Pluriculturele zorg, ook onze zorg.
- Rita Vanobberghen: Rita Vanobberghen werkt als huisarts bij Geneeskunde voor het volk in Schaarbeek. Hiervoor heeft ze tien jaar lang in verschillende derde wereldlanden gewerkt. Sinds 1999 volgt ze hongerstakingen van sans-papiers in Brussel. In 2009 verkozen tot 'beste huisarts van het jaar' door de VUB en in 2011 als 'Vlaamse huisarts van het jaar' door Domus Medica. Momenteel is ze ook assistent op de vakgroep huisartsgeneeskunde aan de VUB. Vanobberghen is medeauteur van het boek 'Kasama. Bevrijdende gezondheidszorg in Filipijnen.'