De rol van de huisarts in de Dringende Medische Hulp procedure

Emma op de Beke, VUB

Promotor: Ann Roex, KUL

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

The role of the general practitioner in “urgent medical care” for migrants without a residence permit

Migrants without a residence permit in Belgium are nevertheless able to profit from healthcare thanks to the procedure of urgent medical care. In this procedure the public centres of social well-being (OCMW) cooperate with the general practitioner to provide basic care to this vulnerable demographic. However, the procedure is lacking on several levels, which results in a small percentage of migrants actually availing themselves of this service.

In this research we analyse and continue to build on the 2016 Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE) directives, focusing in particular on the role of the general practitioner. Data is collected using a questionnaire and semi-structural in-depth interviews with a population of general practitioners in Brussels. The data is first analysed descriptively and themes are derived. We address and evaluate several obstacles on micro- and macro levels of care, ranging from personal communication to government policy. Administrational obligations, structural flaws within the urgent medical care procedure, as well as its execution, constrict the general practitioner’s ability to provide care. Changes on several levels of care could further develop and improve the procedure.

Dankwoord

Ik zou graag een aantal mensen willen bedanken van wie de hulp onontbeerlijk was bij het schrijven van deze thesis.

Allereerst dank aan mijn promoter Ann Roex, die me bij elke stap met kritische en constructieve opmerkingen heeft geholpen. Ik was geheel nieuw in de wereld van het kwalitatieve onderzoek en had vanaf het begin enige scepsis over of het wel zou lukken. Haar duidelijke feedback en goed bronmateriaal hebben me geholpen er toch iets moois van te maken.

Ik zou Astrid Van de Velde van Kruispunt Migratie en Anja Desomer van het KCE willen bedanken voor hun input over de kennistoets en mijn interviewprotocol.

Ik zou de huisartsen willen bedanken die zich vol enthousiasme hebben laten interviewen, vol passie hebben verteld over hun werk en me een inkijkje hebben gegeven in zoveel verschillende kabinetten en vormen van werken.

Ik zou mijn vriendin Sara willen bedanken die mijn thesis beschreef als “de slechtst geformatteerde tekst” die ze ooit had gezien, maar die met veel geduld en liefde alle Tab-Enters uit mijn tekst heeft weggehaald en een ware metamorfose van de opmaak heeft bewerkstelligd.

Ik zou mijn vader willen bedanken die zowel de eindredactie als de codering voor zijn rekening heeft genomen en mijn zus Laura voor het helpen met het vertalen van mijn abstract.

Ten slotte zou ik deze thesis willen opdragen aan al mijn DMH patienten, waarvoor ik me een echte huisarts voel en waar ik de administratie voor lief neem.

Inhoud

Abstract 2

Lijst van afkortingen 6

1 Inleiding 7

1.1 Interpretatie van de wet 'Dringende Medische Hulp' 8

1.2 Wie komt er in aanmerking voor DMH? 8

1.3 Welke zijn de voorwaarden voor de toepassing van DMH? 9

1.4 Wie betaalt de kosten? 9

1.4.1 Administratieve vereenvoudiging: Mediprima 10

1.5 Zwaktes in huidige DMH procedure en aanbevelingen 10

1.6 De rol van de arts 11

1.7 Situatie in Brussel 12

1.8 Onderzoeksvraag 13

2 Methode 14

2.1 Onderzoeksdesign: kwalitatief onderzoek 14

2.2 Opstellen van een interview protocol 14

2.3 Ethische Commissie 14

2.4 Samenstellen van de steekproef 14

2.5 Verwerking van de resultaten 15

3 Resultaten 16

3.1 Steekproefbeschrijving 16

3.2 Verwerken van de data 17

3.3 Administratieve lasten 17

3.3.1 Administratie 17

3.3.2 Betaling 18

3.3.3 Vlotheid verloop procedure 19

3.4 DMH procedure 19

3.5 Problemen met de DMH 21

3.5.1 DMH patient gebonden problemen 21

3.5.2 OCMW gebonden problemen 21

3.5.3 Huisarts gebonden problemen 22

3.5.4 Verwijzen naar de tweedelijnszorg 23

3.6 De rol van de huisarts 24

4 Bespreking 26

4.1 Ecologisch model van gezondheid 26

4.2 Sterktes en zwaktes van het onderzoek 28
4.3 Aanbevelingen 28
4.4 Conclusie 29
5 Referenties en bijlagen 30

Lijst van afkortingen

DMH = Dringende medische hulp
CGVS = Commissariaat-generaal voor Vluchtelingen en Staatlozen
POD MI = Programmatorische Federale Overheidsdiensten Maatschappelijke Integratie
OCMW = Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn
KCE = Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
RIZIV = Rijksinstituut voor ziekte en Invaliditeitsverzekering
BHAK = Brusselse Huisartsen Kring
WGC = Wijkgezondheidscentrum
Fedasil = Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers

1 Inleiding

Een onvermijdelijk gevolg van de huidige vluchtelingencrisis die we vandaag in het Westen meemaken is dat de aanwezigheid van mensen zonder wettig verblijf, ook wel "illegalen" genoemd, in onze samenleving toeneemt. Mensen zonder wettig verblijf worden ook wel "mensen zonder papieren" genoemd en zijn niet te verwarren met asielzoekers. Erkende asielzoekers of vluchtelingen hebben namelijk wel een (tijdelijke) verblijfsgunning, dankzij een lopende asielaanvraag of een toegekende vluchtelingstatus.

Mensen zonder wettig verblijf zijn een zeer gevarieerde groep. Ze kunnen uitgeprocedeerd zijn na een negatieve beslissing op hun asielaanvraag, of hadden een tijdelijk verblijfsrecht dat is verlopen. Voorbeelden van tijdelijke verblijfsstatuten zijn een toerist- of studentverblijfsvergunning. Ook kan het om transitmigranten gaan die nooit een verblijfsprocedure zijn gestart, een voorbeeld hiervan zijn de Roma uit Oost Europa.

Het is moeilijk een cijfer te plakken op het aantal mensen zonder wettig verblijf, cijfers uit een rapport in 2007 spreken van minstens 110.000 illegalen[1]. In een rapport van het Federaal Kenniscentrum van Gezondheidszorg (KCE)[2] uit 2016, dat rekening houdt met de recente influx van vluchtelingen, spreekt men van tussen de 85.000 tot zelfs 160.000 mensen zonder wettig verblijf.

Op basis van deze cijfers en de asielaanvraag statistieken van de laatste jaren kan men concluderen dat de groep van mensen zonder wettig verblijf in aantal stijgt.[3] Rekening houdend met de totale toename van asielaanvragen, is waarschijnlijk de groeiende groep van uitgeprocedeerde asielzoekers verantwoordelijk voor deze stijging. Niet iedere asielaanvraag wordt immers goedgekeurd door het Commissariaat Generaal voor Vluchtelingen en Staatslozen (CGVS), dat elke asielvraag nauwkeurig onderzoekt en bij een positieve beslissing een vluchtelingenstatus toekent. Indien de asielaanvraag wordt geweigerd, krijgen mensen een bevel tot verlaten van het Belgisch grondgebied. Dit bevel is echter weinig dringend en zolang mensen geen strafblad hebben of in de criminaliteit belanden, worden weinig mensen actief het land uitgezet.

Mensen zonder wettig verblijf hebben zeer beperkte rechten in onze maatschappij. Gelukkig is dankzij internationale verdragen dringende medische zorg opgenomen als fundamenteel mensenrecht. Op basis van de regeling van Dringende Medische Hulp, een wet uit 1996, kunnen mensen zonder wettig verblijf in België gebruik maken van zorgverstrekking van zowel preventieve als curatieve aard. Deze regeling bestaat echter uit een aantal complexe administratieve stappen en samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuizen en de Openbare Centra van Maatschappelijk Welzijn (OCMW). [4]

De complexiteit van de procedure vormt een grote hindernis voor mensen zonder wettig verblijf. Zo vermeldt het KCE rapport dat maar 10-20% van hen in 2013 beroep deed op de procedure. In dit rapport van het KCE worden de zwaktes van huidige regeling van Dringende Medische Hulp opgesomd en worden ook een aantal aanbevelingen gedaan die verder in deze tekst worden besproken. Het KCE rapport analyseert echter vooral de algemene procedure en zoomt weinig in op de verschillende gezondheidsactoren. In dit onderzoek wordt verder ingegaan op de rol die huisarts kan spelen in de regeling van de Dringende Medische Hulp.

1.1 Interpretatie van de wet 'Dringende Medische Hulp'

Personen zonder wettig verblijf in België hebben wettelijk toegang tot de gezondheidszorg dankzij het koninklijk besluit 'Dringende Medische Hulp' (DMH) van 1996;

'De dringende medische hulp, bedoeld in artikel 57, § 2, lid 1 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, betreft de hulp die een uitsluitend medisch karakter vertoont en waarvan de dringendheid met een medisch getuigschrift wordt aangetoond. Deze hulp kan geen financiële steunverlening, huisvesting of andere maatschappelijke dienstverlening in natura zijn.

Dringende medische hulp kan zowel ambulant worden verstrekt als in een verplegingsinrichting zoals bedoeld in artikel 1, 3° van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn. Dringende medische hulp kan zorgverstrekking omvatten van zowel preventieve als curatieve aard.'

In tegenstelling tot hetgeen de naam doet vermoeden, kan deze hulp dus als zowel preventieve en curatieve handelingen omvatten. Het begrip dringend kan dus niet in seconden of minuten worden uitgedrukt maar moet in een bredere context worden geplaatst. Het is namelijk de noodzakelijke hulp om elke medische situatie te vermijden waarbij een risico zou ontstaan voor een persoon en zijn entourage. DMH mag niet worden verward met spoed in de medische en ziekenhuisbetekenis. Ze dekt de courante medische zorgen maar ook urgente hospitalisaties, fysiotherapie, tandzorg. Het OCMW hoeft zich bovendien niet beperken tot de noodzakelijke zorg en medicatie die in de RIZIV nomenclatuur is opgenomen. Zo wordt bijvoorbeeld in sommige gevallen ook poedermelk voor baby's vergoed.

De appreciatie van het 'dringende karakter 'van zorg komt enkel aan een arts toe. Een rechter of het OCMW heeft hier geen zeggenschap over. Er kan echter een aparte deskundige arts worden aangesteld die moet beoordelen of de hulp dringend is. Deze arts wordt aangesteld door het OCMW en beoordeelt de medische aanvraag voor dat er een sociaal onderzoek wordt uitgevoerd.

1.2 Wie komt er in aanmerking voor DMH?

In België bestaan verschillende verblijfsstatuten voor vreemdelingen, zo zijn er asielzoekers, erkende vluchtelingen en mensen zonder wettig verblijf. Zolang een asielaanvraag procedure loopt zijn asielzoekers wat betreft hun medische zorgen afhankelijk van het Federaal agentschap voor opvang van Asielzoekers (Fedasil). Fedasil verzekert de initiële opvang en begeleiding van asielzoekers, beheert de open opvangcentra en biedt sociale, juridische, medische en psychologische begeleiding. Zolang een asielprocedure loopt kan een asielzoeker van de medische hulp van Fedasil gebruik maken. Eens de asielzoeker een erkende vluchteling is krijgt hij dezelfde rechten als een Belgische inwoner. Indien de asielaanvraag wordt afgewezen en de persoon ondanks een verzoek tot verlaten van het grondgebied toch in België blijft, of indien er nooit een asielaanvraag is geweest, spreekt men van mensen die onwettig op het Belgisch grondgebied verblijven (statuut 'zonder wettig verblijf'). Deze mensen hebben geen rechten hebben op sociale zekerheid maar komen wel in aanmerking voor DMH. [5]

Zoals in de inleiding vermeld zijn er van deze laatste groep tussen de 85.000-16.0000 mensen in België, wat ongeveer 0.8%-1,4% is van de bevolking.[2]

1.3 Welke zijn de voorwaarden voor de toepassing van DMH?

Het bekomen van dringende medische hulp is onderworpen aan vier voorwaarden:

1. Onwettig verblijven op het Belgisch grondgebied; meestal gaat het dus om immigranten met een afgewezen asielaanvraag en een staand order tot het verlaten van Belgisch grondgebied.
2. Beschikken over een door een geneesheer ondertekend medisch attest dat de noodzaak aantoont voor de zorgen. Dit attest kan per gemeente verschillen van opmaak maar bevat dezelfde gegevens. Met dit attest kan het OCMW op zijn beurt de kosten van de zorgen terugvorderen van de Programmatorische Federale Overheidsdiensten Maatschappelijke Integratie (POD MI).
3. Een effectieve woonplaats in de gemeente kunnen aantonen;
4. In behoeftige toestand verkeren.

Deze voorwaarden moeten worden geverifieerd in het kader van een sociaal onderzoek door de sociale dienst van de OCMW. Dit onderzoek is niet specifiek voor dringende medische hulp maar gebeurt voor elke bij deze dienst ingediende aanvraag om medische hulp. Echter een sociaal onderzoek veroorzaakt een enorme administratieve last voor de OCMW's en hoe groter de gemeente en het aantal DMH aanvragen, hoe meer werk er voor maatschappelijke assistenten is. Als er eenmaal een sociaal onderzoek is uitgevoerd en de aanvraag voor DMH is goedgekeurd krijgt de persoon zonder wettig verblijf een requisitorium (betalingswaarborg) van de OCMW voor de gedekte zorgen of medicijnen. Omwille van praktische redenen is dit requisitorium in de meeste gemeentes vervangen door een medische kaart van het OCMW die gedurende 92 dagen geldig is. De houder heeft dankzij de medische kaart een bewijs dat de OCMW instaat voor zijn medische kosten (zowel farmaceutische als geneeskundige zorgen) tot de vervaldatum van de kaart. Vaak wordt er een vaste huisarts en een vast ziekenhuis gekozen om mee samen te werken en voor Brussel is er ook nog een lijst van terugbetaalde medicatie door het OCMW vastgelegd. [6]

Indien de medische zorgen zo dringend zijn dat ze niet kunnen wachten, dan kan een persoon zonder wettig verblijf zich ook direct aanmelden op de spoedgevallendienst van een ziekenhuis. Na aanmelding moet het ziekenhuis zo snel mogelijk met het OCMW van het grondgebied waarop de persoon onwettig verblijft contact opnemen en moet een arts een Dringende Medische Hulp attest opstellen.

1.4 Wie betaalt de kosten?

De eerstelijns verzorger bezorgt zijn factuur aan het OCMW die op zijn beurt de kosten van de geneeskundige zorgen verhaalt op de POD Migratie. Het OCMW moet daarbij het door de arts getekende medisch attest bijvoegen. In het geval van een ziekenhuis, wordt de factuur naar de HZIV gestuurd die daarna ook weer de kosten via de POD MI terugkrijgt. De terugbetaling van de zorgen gebeurt via de RIZIV-nomenclatuur. Deze lijst is leidend maar is niet exclusief. Bepaalde zorgen

worden dus niet terugbetaald door het POD MI, deze kosten zijn dan ook voor de rekening van het OCMW of van het ziekenhuis zelf.[7]

Belangrijk is dat het OCMW niet kan bepalen of hulp dringend is of niet. Door het goedkeuren van een requisitoirium weten ze welke hulp gegeven wordt maar ze mogen hier geen oordeel over vellen of deze informatie delen met het RIZIV of de POD Migratie. Iedereen is gebonden aan het beroepsgeheim en enkel de behandelende arts kan en mag de afweging maken.

Hoe hoog de kosten zijn van de DMH is in het recente KCE rapport uit 2016 berekend, maar omdat een belangrijk deel van kosten door OCMW's of ziekenhuizen zelf wordt gedragen is het is het inschatten van de totale kost moeilijk.[2] Volgens cijfers van Dokters van de Wereld zouden de kosten van DMH in 2011 slechts 0,1% van het totale gezondheidsbudget bedragen.[8] Volgens het KCE rapport bedroeg deze in 2013 0,2% van het totale gezondheidsbudget.[2]

1.4.1 Administratieve vereenvoudiging: Mediprima

Sinds 1 oktober 2013 wordt er gebruik gemaakt van het computerprogramma Mediprima. Dit computersysteem centraliseert de beslissingen van de OCMW's over de tussenkomsten in medische kosten. Als zorgverstrekker kan je beslissingen terugvinden in het programma Mediprima. Verder kan de zorgverstrekker daarna een elektronische factuur overmaken aan de Hulpkas voor Ziekte en Invaliditeit (HZIV). De HZIV kan op die manier de medische kosten die het POD MI ten laste neemt rechtstreeks aan de zorgverstrekker betalen en omzeilt op die manier het OCMW. Het OCMW kan echter nog tussenkomen in kosten die niet door de POD MI worden gedekt.

Momenteel loopt de eerste fase van het Mediprima project, enkel de ziekenhuisfacturen van specifieke doelgroepen (waaronder mensen zonder wettig verblijf en asielzoekers) worden ingebracht. De tweede fase van Mediprima zou in 2016 worden opgestart en zou worden uitgebreid door facturen van andere zorgverstrekkers waaronder huisartsen en apothekers te betrekken. Nadat het OCMW een beslissing heeft genomen over de ten laste neming van een patient, wordt dit in Mediprima geregistreerd en wordt een 'informatieformulier betreffende medische hulp" aangemaakt. De zorgverstrekker kan op zijn beurt via (My)Carenet Mediprima raadplegen en zo de verzekerbaarheid controleren van een patient. Het systeem maakt dan automatisch een betalingsverbintenisnummer aan bij een raadpleging van de status. Dit nummer moet als betaalgarantie worden vermeld in de elektronische factuur.[9]

Belangrijk is dat het Mediprima programma de kosten decentraliseert en ook zorgverstrekkers een duidelijke betalingsgarantie geeft. Helaas heeft het project veel vertraging opgelopen en kunnen huisartsen naar verwachting pas tegen 2019 in het programma worden geïntegreerd.

1.5 Zwaktes in huidige DMH procedure en aanbevelingen

Dat de huidige DMH procedure zijn limitaties heeft is kunnen we afleiden aan het opvallend lage aantal mensen zonder papieren dat een beroep doet op de procedure. Het RIZIV gaf dan ook de opdracht aan het KCE om de huidige procedure te onderzoeken en met aanbevelingen te komen om de procedure te verbeteren. Het KCE kennisrapport dat in 2016 uitkwam werd samengesteld aan de hand van gecombineerde onderzoeksmethodes waaronder focus interviews met alle betrokkenen in de DMH procedure. In de conclusies en aanbevelingen staan enkele zaken die op voorhand al gekend waren en wordt vooral de nadruk gelegd op de rol van het OCMW inzake de variabiliteit van het sociaal onderzoek, de dekking en de administratieve lasten van de procedure. Ook de paradoxale

term DMH wordt aangehaald als een probleem. Indien zorgverleners niet weten dat DMH ook preventieve zorgen en mentale gezondheidsproblemen dekt, en de term vervolgens letterlijk interpreteren, dan zullen veel zorgvragen worden afgewezen.

De aanbevelingen die worden gedaan zijn legio en bestaan onder meer uit:

- de aanvraag voor medische zorgen vergemakkelijken
- het sociaal onderzoek rationaliseren
- de medische kaart standaardiseren en 1 jaar geldig laten zijn
- de gebruikt gezondheidszorg rationaliseren; een vaste huisarts vrij te kiezen met gebruik van GMD en enkel op zijn/haar verwijzing naar een specialist
- de gedekte zorgen harmoniseren
- de communicatie verbeteren, het aanpassen van de term en een document met de procedure opstellen dat door elke zorgverlener te raadplegen is
- de continuïteit van zorgen waarborgen

Wie uiteindelijk het initiatief zal moeten nemen om deze aanbevelingen door te voeren is onduidelijk gelaten.

1.6 De rol van de arts

Opvallend in dit KCE rapport is dat de rol van de arts onderbelicht is gebleven. De huisarts is in de procedure van DMH nochtans een spilfiguur. Om toegang tot medische verzorging te verkrijgen moet men immers eerst bij een arts gaan die het medisch attest tekent. De arts wordt geacht op de hoogte te zijn van de wetgeving en de procedure 'Dringende Medische Hulp'. De wet is echter niet eenduidig over wat dringende medische hulp inhoudt. Het is een ruim begrip dat preventieve en curatieve zorgen omvat en het is aan de arts om te bepalen of het dringend is. Deze afweging is niet altijd evident om te maken. Een arts denkt in principe in de eerste plaats aan het welzijn van zijn of haar patiënt. De verblijfsstatus van de patiënt en de bijkomende afweging of het probleem dringend genoeg zijn, of dat een patiënt recht heeft op een behandeling maakt normaal geen deel uit van zijn handelen tijdens een consultatie.

Verder kan een huisarts ook moeite hebben met de administratieve procedure. Er bestaan tientallen modellen van type attesten DMH, elk OCMW gebruikt een ander model en ook de documenten voor een medische kaart kunnen verschillen. Het probleem van de interpretatie van de term DMH en de administratieve ballast zouden aan de hand van de aanbevelingen van het KCE voor een groot deel kunnen worden opgelast.

Een ander probleem dat niet duidelijk vermeld wordt in het KCE rapport maar wel uit een memorandum van Dokters van de Wereld uit 2012[10] bovenkomt drijven, is het probleem van de eerste consultatie die plaatsvindt bij de huisarts. Deze consultatie is vaak nog niet terugbetaald al geven sommige OCMW's een betaalgarantie vanaf de eerste consultatie. De huisarts kan ervoor kiezen om geen vergoeding te vragen voor het invullen van het attest maar het invullen is toch een tijdsintensieve klus, zeker als de documenten en procedure niet goed gekend zijn.

Ook de betaling van de verdere consultaties kan een rol spelen. De consultaties gebeuren immers via een speciaal derde betaler systeem, los van de mutualiteit of tarificatiediensten en het geld wordt later pas via het OCMW overgemaakt. Bovendien verschilt de tijdsperiode tussen de consultatie en de betaling van de huisarts van gemeente tot gemeente.

Indien een patiënt eenmaal in de DMH procedure is opgenomen, moet de huisarts ook steeds requisitoirs aanmaken indien hij het nodig acht een patiënt naar een specialist te verwijzen. Dit zijn meestal papieren documenten die moeten worden ingevuld met daarop aangeduid welk ziekenhuis, welke specialist, op welke datum de afspraak plaatsvindt en of er ambulance kosten zijn. Het OCMW moet dan eerst deze aanvraag goedkeuren en garant staan voor de betaling van de specialist, alvorens de patiënt op consultatie kan. Door deze requisitoir-procedure is de huisarts bij mensen zonder wettig verblijf een echte poortwachter voor specialistische zorg geworden. Deze requisitoirs verlichten de administratieve lading die bij de procedure te kijken komt helemaal niet.

1.7 Situatie in Brussel

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 1 van de 3 gewesten in België bestaat uit 19 gemeenten met elk een eigen bestuur en OCMW. De procedure van Dringende Medische Hulp wordt dan ook in elke gemeente op een andere manier uitgevoerd. Elk OCMW heeft een andere opmaak van het medisch attest dat door een arts moet worden ingevuld en dat de noodzaak van de zorgen aantoont. Gelukkig werken sommige gemeenten in Brussel al met een online informatica programma waarbij requisitoirs direct online kunnen worden aangevraagd.

Artsen kunnen een samenwerkingsakkoord afsluiten met het OCMW waarbij ze aangeven zich aan de conventietarieven te houden. Omdat in elke gemeente de procedure en documenten verschillen, krijgt een arts bij zijn aanstelling als OCMW-arts de juiste documenten overhandigd en de noodzakelijke uitleg. Belangrijk hierbij te vermelden is dat er te weinig huisartsen zijn die een samenwerkingsakkoord afsluiten met het OCMW.[10] Vergeleken met andere regio's in België is heeft het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te maken met zeer veel DMH aanvragen. De top 5 regio's met hoogste DMH aanvragen bestaat respectievelijk uit de gemeentes Brussel stad (en Laken), St-Jans Molenbeek en Schaarbeek. Deze 3 gemeentes met Anderlecht bijgerekend verwerkten in 2014 evenveel DMH aanvragen als in heel Vlaanderen samen.[11] De verklaring hiervoor is dat de Brusselse multiculturele metropool aan de ene kant een belangrijke aankomstplek is voor veel asielzoekers en aan de andere kant een grote illegale economie heeft.

Een studie uit 2011[12] waarbij onderzocht in welke mate huisartsen in aanraking kwamen met DMH toonde aan dat de gemiddelde Nederlandstalige Brusselse huisarts ongeveer 1.1 DMH patiënten ziet per maand. Hierbij waren uitschieters tot 13 bezoeken per maand maar ook een meerderheid die geen DMH patiënten zag. De verdeling van DMH patiënten was ongelijk verdeeld over (vaak forfaitaire) groepspraktijken die veel patiënten zagen en solo-artsen die afhankelijk van hun locatie in Brussel minder tot geen DMH patiënten zagen. Bijna 2/3^{e} van de geconsulteerde huisartsen gaf aan dat ze de terugbetalingsprocedure voor DMH patiënten niet gebruikten wegens te complex en teveel administratie.
Een reden voor de ongelijke verdeling van DMH patienten wordt gegeven in het eerder vermelde Memorandum van Dokters van de Wereld[10]. Maatschappelijk werkers verwijzen patienten te vaak door naar Dokters van de wereld of de huisartsenwachtpost Athena te Botanique, terwijl ze ook zouden kunnen doorverwijzen naar huisartsen met een samenwerkingsakkoord met het OCMW.

1.8 Onderzoeksvraag

De juridische achtergrond van DMH is zeer complex en uitgebreid. Dat er een aantal belangrijke veranderingen kunnen worden doorgevoerd om de zorgen meer toegankelijk te maken heeft het eerder genoemde KCE rapport aangetoond. Zo zou de procedure kunnen worden veralgemeend naar alle OCMW's, zou de medische kaart overal kunnen worden geïntroduceerd en zou Mediprima sneller toegankelijk kunnen worden voor alle zorgverstrekkers. Het sociaal onderzoek kan worden vereenvoudigd, de dekking van de kosten geharmoniseerd en bijgehouden.

De rol van de huisarts in het verlenen van dringende medische hulp wordt weinig belicht in de meeste documentatie en bronnen over DMH. De rol van de arts in deze procedure is echter niet te onderschatten. Dit aangezien enkel de arts de dringendheid van de zorgen kan evalueren en als een poortwachter de specialistische hulpvraag erkent. Hoe huisartsen over de DMH regeling denken is onvoldoende gekend. In het KCE rapport kwamen enkel duidelijke klachten over de ambiguïteit van de term DMH naar voren. De administratieve lasten, informatiebronnen, samenwerking met OCMW of betaling van de huisartsen worden niet belicht in de bestaande documentatie. Toch kunnen deze factoren de kwaliteit en toegankelijkheid van DMH beïnvloeden, weliswaar aan de andere kant van het gordijn, bij de zorgverstrekker zelf en niet bij de zorgvrager.

Samengevat wordt de huisarts geconfronteerd met een complexe administratieve procedure en een paradoxale wet die zonder achtergrondkennis fout kan worden geïnterpreteerd. De huisarts heeft in tegenstelling tot een specialist geen sociale dienst en (nog) geen Mediprima systeem om op terug te vallen. De vraag is dus hoe huisartsen tegen dit takenpakket aankijken. Hoe gaan zij om met DMH aanvragen, zijn ze zich bewust van het ruime begrip van dringende medische zorgen dat in de wet wordt bedoeld? Hoe verloopt de eerste consultatie? Welke problemen ondervinden zij bij het behandelen van DMH patiënten? Hoe interpreteren zij de wet? Worden ze er financieel voor vergoed en hoe zwaar weegt de administratieve last die erbij komt kijken?

De onderzoeksvraag voor deze thesis luidt dan ook:

"Wat is de perceptie van de huisarts over zijn rol en taak in de Dringende Medische Hulp procedure en welke moeilijkheden ondervindt hij"?

2 Methode

2.1 Onderzoeksdesign: kwalitatief onderzoek

Het onderzoek wordt uitgevoerd aan de hand van semi-gestructureerde diepte interviews. De steekproefpopulatie omvat een diverse groep huisartsen uit Brussel met als enige selectiecriteria ervaring met patiënten zonder wettig verblijf en de DMH procedure. Er vindt eerst een proefinterview met een vrijwilliger plaats alvorens te starten met het onderzoek. De grootte van de steekproef is bepaald op 15-20 interviews met toepassing van datasaturatie.

2.2 Opstellen van een interview protocol

Het interview protocol (bijlage 1) is opgedeeld in twee delen. Het eerste deel is een kennistoets over DMH, opgesteld aan de hand van het in 2016 verschenen KCE rapport. Aan de hand van deze kennistoets kan worden bepaald hoe goed huisartsen op de hoogte zijn van de huidige DMH regels. Het tweede deel bestaat uit het kwalitatieve onderzoek, waarin de huisarts wordt geïnterviewd aan de hand van open vragen die peilen naar zijn beleving. De vragenlijst is gebaseerd op literatuur, casussen en het uitgangspunt van de onderzoeksvraag. Zowel de kennistoets als het interviewprotocol met de open vragen zijn voorgelegd aan een expertengroep, namelijk aan medewerkers van het Kennispunt Migratie en het KCE die het DMH rapport hebben geschreven. Met behulp van hun feedback zijn kleine aanpassingen aan de kennistoets gemaakt.

2.3 Ethische Commissie

De anonimiteit van de huisarts is gegarandeerd en er wordt geen medische patiënten informatie opgevraagd. Vragen over hoe het medisch dossier wordt bijgehouden (registratie van DMH status en requisitoirs) zijn uiterst vertrouwelijk behandeld en anoniem geregistreerd. Hierbij zijn het medisch geheim, de internationale richtlijnen (ICH-GCP) en de Belgische wetgeving nageleefd (onder meer de wettelijke vereisten zoals bepaald in de Belgische Wet van 8 december 1992 inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de Belgische Wet van 22 augustus 2002 inzake rechten van de patiënt). Een informed consent protocol (bijlage 2) is opgesteld en de aanvraag voor het ethisch comité werd voor 1 maart ingediend op het platform van de KUL.
Goedkeuring van de opleiding-specifieke Ethische Begeleidingscommissie werd verkregen op 23/03/2016 met volgnummer **mp11245**.

2.4 Samenstellen van de steekproef

De steekproef populatie wordt samengesteld op basis van convenience sampling. Aan de hand van een ledenlijst van de Brusselse Huisartsen Kring (BHAK) worden verschillende huisartsen gecontacteerd waarbij zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met variërende profielen. Zo worden huisartsen uit verschillende gemeentes in Brussel geselecteerd, op jaren ervaring en op type praktijk (groepspraktijk/wijkgezondheidscentrum/solo-artsen).

Selectiecriteria zijn: een minimaal aantal DMH patiënten per jaar en de bereidheid om aan een interview deel te nemen. De interviews worden uitgevoerd in de periode vanaf september 2016 tot februari 2017. Zowel Franstalige als Nederlandstalige huisartsen zijn geselecteerd.

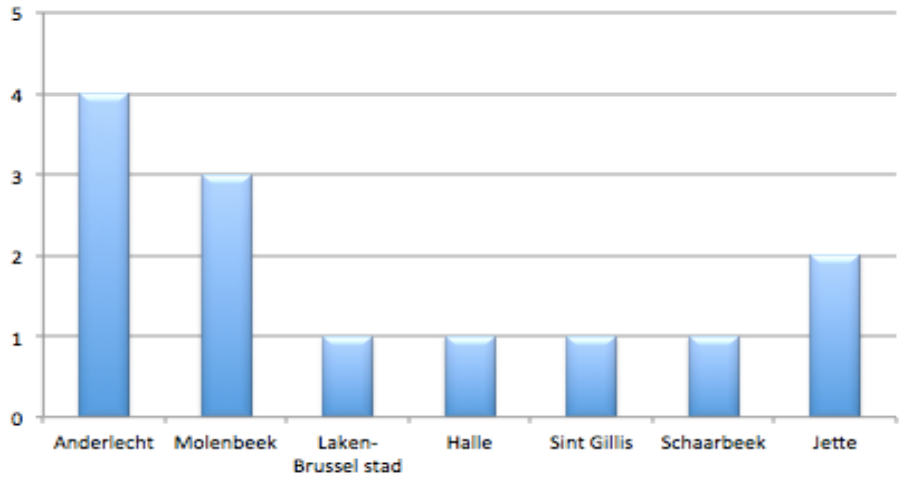
2.5 Verwerking van de resultaten

Interviews zijn op audio opgenomen met het programma Stemnotities[13] van Apple. De audio bestanden zijn verbatim uitgeschreven en verwerkt met het programma NVivo[14]. Het coderen van de in totaal 13 interviews is gebeurd door twee afzonderlijke onderzoekers waarna een coding comparison is uitgevoerd om de *inter-rater reliability* te controleren. Aan de hand van een thematische analyse zijn eerst de descriptieve thema's herkend die een expliciete, transparante link met de basisteksten behouden. Deze thema's zijn vervolgens uitgewerkt tot meer analytische thema's waarna een thematische matrix is opgesteld.

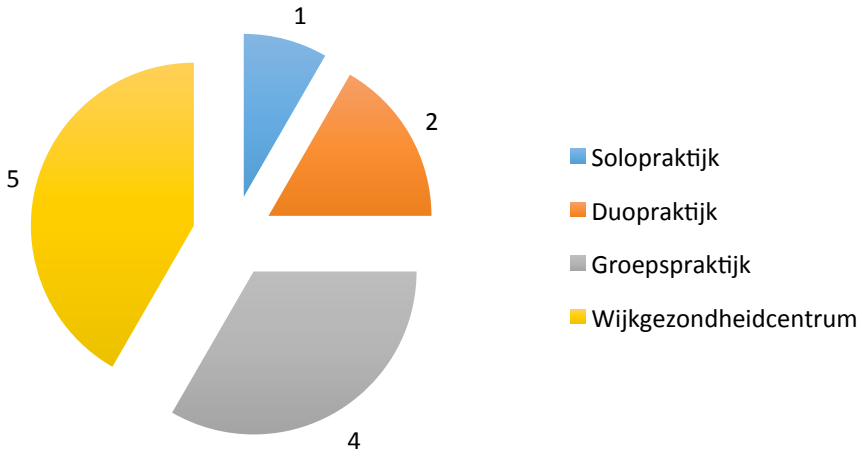
3 Resultaten

3.1 Steekproefbeschrijving

Dertien diepte-interviews werden afgenomen in de maanden november, december 2016 en januari en februari 2017. De gemiddelde score op de kennistoets was 8/10 en huisartsen waren over het algemeen goed op de hoogte van de DMH procedure. Slechts enkelen hadden het KCE rapport reeds gelezen. De gemiddelde duur van een interview bedroeg 21 minuten. Gemiddelde leeftijd van de ondervraagde huisartsen was 44,1 jaar en het gemiddelde aantal jaren ervaring als huisarts bedroeg 17,3 jaar. De vraag in de kennistoets die door de meeste artsen als fout werd aangeduid was de vraag over of specialisten ook een DMH aanvraag mogen indienen. Slechts 3 van de 13 artsen wist dat elke arts een DMH aanvraag mag tekenen.



Grafiek 1: geografische verdeling 1 van de steekproefpopulatie n=13 (NB. Halle is geen gemeente van Brussel)



Grafiek 2: Type huisartspraktijk van steekproefpopulatie n=13

3.2 Verwerken van de data

Een codelijst met 24 codes is opgesteld op basis van de eerste 3 interviews en in samenspraak met de promotor. Het coderen van de interviews in NVivo werd uitgevoerd door twee afzonderlijke onderzoekers. Een coding comparison query, waarin de overeenkomst in codering tussen afzonderlijke onderzoekers wordt gecontroleerd, werd uitgevoerd en een gemiddelde agreement value van 92% werd bereikt.
Op basis van een thematische analyse van de codelijst werden de volgende vier hoofdthema's geïsoleerd:



3.3 Administratieve lasten

3.3.1 Administratie

De administratieve last van de DMH procedure wordt door de artsen verschillend ervaren. Dit is vooral afhankelijk van het type huisartsenpraktijk waar ze werken. Zo geven artsen in een wijkgezondheidscentrum aan dat ze zich in een luxepositie bevinden. Het onthaal of secretariaat verwerkt de DMH aanvragen en requisitoirs en tijdens de middag hoeven zij enkel hun handtekening en stempel op de documenten te zetten.

> *'Die procedure verloopt heel vlot bij ons want we hebben een onthaal dat zich daar over ontfermt en goed weet wat ze moeten doen, of in ieder geval de grote lijnen. Ze nemen die aanvragen aan, kijken of er een brief bij zit, of het een verlenging is, of het voor een afspraak is dan zit de datum erbij. Ze kijken of er een verlenging van de kaart nodig is of gewoon een afspraak en als iets moet worden getekend leggen ze dat klaar, wij stempelen en tekenen dat en dan kunnen ze dat dezelfde dag nog ophalen.'*

'Het ding is ook, ik kijk niet eens naar het dossier, ik vul het gewoon in algemene geneeskunde, krabbel en stempel. Voor mij neemt dat maar een minuut tijd in beslag. Het blijft absurd he, dat het zogezegd dringende medische hulp is die elke 3 maanden moet worden verlengd maar dat wij dat gewoon zien als continue zorg.'

Solo-artsen en en artsen in kleinere groepspraktijken laten patiënten op consultatie komen om de documenten in te vullen. Zij klagen vooral over de 3 maandelijkse verlengingen die ze moeten invullen, voor elk gezinslid een apart document. De situatie van patiënten verandert niet, noch hun geboortedatum, adres en nood aan medische zorgen. Ook is het aangeven of een patiënt specialistische of chronische zorgen nodig heeft, of gewoon acute hulp overbodig, de wet geeft hen tenslotte het recht om voor alle geneeskundige zorgen geholpen te worden.

'Zeer onaangenaam, jammer aan de job. Die eerste afspraak is nuttig, om je patiënt te leren kennen en de noden af te toetsen. Terwijl je dat formulier invult moet je aan het OCMW een idee kunnen geven of het iemand is die regelmatig zorg gaat nodig hebben of zelfs al zou die meteen moeten worden doorverwezen naar een specialist.
Maar iedereen heeft recht om een arts te zien, wat verandert het dat ik aangeef dat ik de patiënt 1x/ maand, 2x/maand of 2x/jaar zie. Wat verandert dat in de praktijk? want uiteindelijk krijgen ze toch een medische kaart en wat ben je met die informatie? Ook die verlengingen om de 3 maand zijn repetitief, ik moet altijd dezelfde naam, dezelfde geboortedatum invullen, die veranderen niet, waarom moet dat toch elke keer worden ingevuld?'

3.3.2 Betaling

Het verloop van de betaling bij DMH patiënten van artsen kan niet worden veralgemeend. Er is een groot verschil tussen de wijkgezondheidscentra die hun hele administratie via hun secretariaat laten doen en tussen groepspraktijken waarbij elke arts verantwoordelijk is voor zijn eigen betalingen. Verder heeft ook elk OCMW een andere procedure van het verwerken van de medische getuigschriften en de uitbetaling van artsen. Of een eerste consultatie al dan niet wordt terugbetaald hangt af van het moment waarop een OCMW de patiënt ten laste neemt. In veel gemeentes is deze ten laste neming pas vanaf het moment dat de medische kaart ingaat. Eerdere consultaties of een te late hernieuwing van de kaart komen niet in aanmerking. Sommige artsen geven aan dat de regeling in hun gemeente zo complex is dat ze niet meer de moeite doen om getuigschriften op te sturen.

'Je hebt eerst het gezondheid-luik, je ziet de mensen, je moet ze helpen, je moet alles in orde zien te krijgen en dan moet je nog betaald zien te worden. Dus je maakt een kopie van hun gezondheidskaart, je maakt een groen blad, je maakt een overzichtsfactuur. Dat doe je na elke consultatie en moet je per trimester eigenlijk bijhouden en opsturen. Ik heb dat jaren gedaan en nu ben ik daar mee op gehouden.'

Ook omdat de DMH patiënten maar een fractie van hun normale patiëntenbestand zijn, geven veel artsen aan dat de moeite die ze in de betaling stoppen te weinig opweegt tegen de financiële vergoeding. Verder beschouwen sommige gemeentes niet de eerste consultatie maar de datum van

de beslissing van de sociale raad van het OCMW als startdatum van de medische kaart. Eerste consultaties worden dus vaak niet terugbetaald, artsen beschouwen deze consultatie als pro bono.
Positief is dat de meeste consultaties die worden gedaan met een geldige kaart en waarvoor de nodige administratie wordt uitgevoerd, worden terugbetaald door het OCMW. Ook zijn de huidige terugbetalingstermijnen verbeterd ten opzichte van enkele jaren geleden.

Over het bestaan van Mediprima was maar 1 huisarts van de 13 op de hoogte. Dit is niet verrassend aangezien het Mediprima systeem pas in 2019 in werking zal treden voor alle huisartsen. Een makkelijkere toekomstige manier van betaling werd door alle artsen als een positieve ontwikkeling ervaren. Niet enkel voor hen maar ook om andere artsen te stimuleren om DMH patiënten te helpen.

3.3.3 Vlotheid verloop procedure

De meeste artsen geven aan dat de procedure van DMH redelijk vlot verloopt. Zeker wijkgezondheidscentra zijn er weinig klachten. De secretariaten regelen de aanvragen, vullen het gros van de papieren in en de artsen hoeven zich enkel om het geneeskundig aspect te bekommeren. De meeste artsen die niet in een medisch huis werken, geven aan een regeling te hebben gevonden om de DMH procedure zo vlot mogelijk te laten verlopen. Zo laten ze patiënten gewoon op afspraak komen, ook als het is om documenten in te vullen.
Bij een enkele huisarts verloopt de procedure chaotisch. Hier worden vooral door patiënten vaak requisitoirs gevraagd zonder dat deze hiervoor op afspraak willen komen. Documenten worden vaak tussen 2 consultaties door afgegeven en gevraagd om direct in te vullen.

3.4 DMH procedure

De meeste huisartsen weten dat de naam “dringende medische hulp” verkeerd gekozen is en feitelijk een paradoxale term is. De huisartsen die dit niet wisten, gaven aan dat ze op basis van hun eigen principes, namelijk dat iedereen recht op verzorging heeft, nooit een DMH procedure weigeren. Evalueren of de medische verzorging “dringend” is, doet geen enkele van de ondervraagde artsen, ook preventieve hulp wordt altijd verleend.

> *‘Het woord dringend zou daar beter niet in worden gebruikt, beter spreken van een ‘attest voor dringende medische hulp’.*

> *‘Ik weet ook niet goed wat dringende medische hulp omvat, voor mij is het gewoon alles wat iemand nodig heeft. Ik weet niet goed hoe dat in de wet staat.’*

Veel artsen hameren op het feit dat DMH een gezondheidszorg is met restricties. Enerzijds duurt de aanvraag van de kaart soms meer dan een maand. In al die tijd kan de patiënt in het geval van erge problemen waarbij beeldvorming, medicatie of hospitalisatie nodig zijn, niet de nodige hulp krijgen. Anderzijds is de terugbetaalde medicatie die een DMH patiënt kan verkrijgen ook zeer beperkt. In Brussel is deze medicatie gebaseerd op een lijst samengesteld door apothekers van het OCMW van Brussel - Laken. Veel van de effectieve en goedkope eerstelijnsmedicatie staat vaak niet op deze lijst, of enkel in verkeerde dosissen.

Verder vinden artsen de voorwaarden voor DMH onlogisch, zo is het bijvoorbeeld raar dat DMH patiënten wel een vast adres moeten kunnen voorleggen maar daklozen met de Belgische nationaliteit niet.

> *'Een andere frustratie van de toepassing is het feit dat het verlenen van de DMH gelinkt is aan een logement. Terwijl de SDF's (sans domicile fixe), die mogen gewoon het adres van het OCMW opgeven maar iemand zonder papieren die sowieso al fragieler is, meestal toch, die moet dan een logement voorleggen wat hier in Brussel sowieso al heel moeilijk is. En dat logement linken aan gezondheidszorg, dat zou niet mogen. De federale overheid zou een loket moeten hebben waar die mensen onafhankelijk van waar ze het meest verblijven hun Aide Medicale Urgente (AMU) kaart kunnen gaan halen zonder dat dit gebonden is aan een OCMW, waar je een adres moet aan geven.'*

De zorg is verder gefragmenteerd, DMH patiënten zijn in veel gemeentes niet verplicht om telkens bij dezelfde huisarts langs te gaan. Dit in tegenstelling tot hun vaste apotheek of vast OCMW ziekenhuis. Het hebben van een vaste huisarts zou volgens sommige artsen ook een betere spreiding van DMH patiënten kunnen geven. Voornamelijk huisartsen in forfait praktijken pleiten voor een herverdeling van het DMH patiëntenbestand, ze vinden dat ze relatief hoge aantallen DMH patiënten hebben.

> *'Maar dat is slechts een van de problemen van de dringende medische hulp, dat het zeer gefragmenteerd is. En dat is wat Medecin du monde doet of het OCMW, er wordt geen medisch dossier van alles bijgehouden. Mensen zien elke keer een andere dokter, dat wordt niet bijgehouden.'*

Het belang van DMH wordt onderkend door artsen maar veel van hen plaatsen vraagtekens bij het grotere plaatje. Enkel zorg verlenen aan mensen zonder papieren is niet genoeg. Ze blijven namelijk hangen in een soort tussenwereld in onze maatschappij, waar ze kunnen leven en verzorging krijgen maar dit zonder andere rechten op te bouwen. De sociale situatie van veel DMH patiënten is vaak zo schrijnend dat vaak de medische situatie van mensen niet het kernprobleem is. Echter aan die sociale situatie kan je als arts weinig doen.

> *'Zoals, iemand is hier in een onzekere procedure, heeft een rode kaart en krijgt een bypass. Goedgekeurd door het OCMW. Sorry maar daar stel ik me vragen bij. Je moet je focussen op de sociale situatie. Mensen die ziek vallen door hun sociale situatie, ze hebben geen huis of job en jij kan die mensen dan enkel toegang geven tot de zorg. De situatie zit gewoon volledig scheef maar goed dat is meer een algemenere opmerking.'*

> *'Maar het zou moeten worden losgekoppeld van de OCMW's en de plaats waar je woont. Een goede verdeling is juist wat je nodig hebt voor een goede integratie. Op den duur heb je getto's, los van het feit dat die mensen graag samen wonen. Want ze komen van een ander land en ze hebben nodig om bij hun gelijken te zijn. Maar echt een federaal loket, los van woonplaats, maar wel gelinkt aan een huisarts he. Dat ze zeggen zoekt u een huisarts en elke huisarts mag dan je bedienen zodat ze toch een mooi dossier hebben.'*

'Procedure vergemakkelijken: een papier voor heel Brussel, eventueel toch kunnen toe laten dat als je een patiënt die je al 5 jaar volgt en als hij over de grens naar Anderlecht verhuist je hem mag blijven volgen. En die administratie.. de naam van de patiënt zal op 3 maanden niet veranderen. Wat maakt het uit dat je aangeeft dat de patiënt enkel een DMH nodig heeft voor medicatie, ambulante of specialistische zorg, want ze aanvaarden het meestal toch.'

3.5 Problemen met de DMH

3.5.1 DMH patient gebonden problemen

Problemen met de Dringende Medische Hulp kunnen worden onderverdeeld in verschillende categorieën. De eerste categorie bestaat uit moeilijkheden die vooral met de DMH patiënt te maken hebben. Hier is de taalbarrière het grootste probleem. Door de complexiteit van de procedure en de gebrekkige communicatie hebben artsen vaak langer tijd nodig met een DMH patiënt, worden administratieve zaken verkeerd aangepakt en is het moeilijk om een goede arts-patiënt relatie op te bouwen met wederzijds vertrouwen.
De verwachtingen van de patiënt zijn ook vaak anders, zo hebben zij geen ervaring met een huisarts en leunen zij sterk op de tweedelijnszorg en spoedgevallen. Waardoor de arts op zijn beurt vaak het idee heeft meer bezig te zijn met papieren invullen dan met geneeskunde. Andere aangehaalde problemen zijn medisch toerisme, al geven de meeste huisartsen aan dit zelden meer te zien sinds de strengere wetten op immigratie.

3.5.2 OCMW gebonden problemen

De tweede categorie kan men samenvatten als problemen met het OCMW; de samenwerking tussen het OCMW en de huisarts, het weigeren van aanvragen, slechte ervaringen met sociaal assistentes. Over de samenwerking met het OCMW hebben huisartsen zeer verschillende opvattingen. Afhankelijk per gemeente en ook van ervaringen met grote groepen DMH patiënten die een tijd in hongerstaking zijn geweest voor papieren, laten huisartsen zich negatief of voorzichtig positief uit over de samenwerking.
Er wordt vaak gezegd dat elk op zijn eigen eiland zit, zorgverlener en OCMW, en er eigenlijk van samenwerking geen sprake is want dan zou er communicatie moeten plaatsvinden. Dit gebrek aan communicatie komt meerdere malen terug in de interviews. Huisartsen klagen dat ze geen feedback krijgen, ze weten niet of behandelingen zijn goedgekeurd of wat er verkeerd op ingevulde formulieren is geschreven.

'Ik zou willen weten wanneer en voor hoe lang de zaken nu zijn goedgekeurd want je krijgt niets van feedback van het OCMW. Ik zou willen weten of ze het hebben gezien, of ze nog aan het nadenken zijn of de patiënt kine mag krijgen etc. Als we iets verkeerd doen, weten we het ook niet he. Ze komen dan gewoon terug met dat papier en als we vragen wat was er dan niet goed dan kunnen ze ons dat ook niet uitleggen.'

Geen enkele arts had ooit een infractie of poging tot infractie op zijn beroepsgeheim meegemaakt. De enige arts die door het OCMW was aangesproken op basis van een te hoog aantal doorverwijzingen voor verschillende specialisten was door een controlearts gecontacteerd.

Huisartsen in Anderlecht geven aan dat er een jaarlijkse bijeenkomst is tussen huisartsen en het OCMW. Dit wordt georganiseerd door een huisarts en een medewerker van het OCMW. De bedoelingen is om problemen aan te kaarten, juiste afspraken te maken en een betere samenwerking te bewerkstelligen. Het enthousiasme voor deze vergaderingen bleek echter zeer laag onder de huisartsen in Anderlecht.
Medische huizen die een grote groep asielzoekers in hongerstaking volgden geven aan dat het OCMW wel toegevingen doet in bepaalde gevallen en aan complexere zorgnoden tegemoet komt. Zo werden vitaminesupplementen zonder problemen voor hongerstakers goedgekeurd. Ook was men in Molenbeek toleranter over het type van vaste verblijfplaats dat een DMH patiënt moest hebben, slaapplaatsen in parken en kapotte auto's werden tijdelijk ook toegestaan.

Klachten over sociaal assistentes zijn frequent. Vaak worden requisitoirs zonder duidelijke reden geweigerd, worden patiënten onbeleefd behandeld en wordt er weinig tot geen uitleg gegeven aan patiënten. Contact opnemen met sociaal assistenten wordt ook door meerdere artsen als zeer moeilijk ervaren. Zo zit men vaak al snel meer dan 20 minuten aan de lijn en wordt men doorverbonden met mensen die enkel Frans spreken, en uiteindelijk geen dossierkennis hebben.

> *'Het OCMW werkt goed mee, ik weet dat ook omdat ik een tijdje heb meegedaan met die vergaderingen. Ze controleren eigenlijk enkel huisartsen die echt teveel medicatie voorstellen of waarbij ze een idee hebben dat er iets mis is. Wat wel gebeurt en problematisch is, is de verschillende behandelingen van verschillende sociale assistentes. Waarom doen die zo moeilijk? Ik weet het niet. Ik ga er vanuit dat de meeste hun job goed willen doen, en ik geloof dat de werkdruk daar ontzettend hoog is. Ik denk dat ze gemotiveerd zijn, als je niet gemotiveerd ben ga je niet een job zoeken op het OCMW. Is het op basis van vooroordelen, zetten zij zich in de plaats van de staat en denken ze: ja maar als we hier alles accepteren, alles we voor alles moeten opdraaien houden we het niet vol. Of misschien is het van hoger hand opgelegd? Ik weet het niet, ik kan de vinger niet op de wonde leggen. Wat ik wel zie is de frustratie van de verantwoordelijke van de sociale assistenten op het OCMW, die alles hoort wat wij aankaarten en dan zegt dat klopt hier niet, wie heeft dat gezegd.'*

3.5.3 Huisarts gebonden problemen

De derde en voor deze studie meest interessante categorie van problemen met de DMH procedure, zijn de problemen die de huisarts ondervindt en hem weigerachtig maakt tot het uitoefenen van zijn taak. Factoren die genoemd werden waren de betaling, de complexe zorgvraag; vaak is er sprake van een grote sociale problematiek waar niet elke huisarts zich in wil of kan verdiepen, te weinig kennis van de procedure, teveel administratie en te weinig geneeskunde.

> *'In mijn ogen valt die administratie mee maar misschien is het onbekend maakt onbemind, misschien xenofobie, of niet kunnen doortellen. Eerder prestatie gericht werken met extra remgeld, het financiële kan ook een drempel zijn. De taalbarrière, geen goesting hebben, omdat je weet dat het veel psychologische problemen zijn, omdat je dat niet graag doet of daar onvoldoende mee kunt werken.'*

'Ah mais ca il faut demander a quelqu'un qu'il ne fait pas, pour être sur. Premièrement, c'est complexe, le système n'est pas évident, quand on est dedans, à bout d'un moment on le comprend. Mais si on n'a pas l'habitude, j'ai souvent des confrères qui me téléphonent avec des questions. Il n'y a pas d'information claire, nulle part, qu'est-ce qui faut faire pour les facturations, pour les machins.. Et ce n'est pas que les AMU, il y a des demander d'asiles, fedasil.. C'est un truc qui reste compliquer a gérer si on a pas l'habitude. C'est souvent il y a un petit mélange de tout. Deux, j'imagine qu'il y a des médecins qui ne veulent pas des gens comme ça à leurs consultation, faut pas dire le contraire. Et puis, et ca c'est sure, ca prends du temps, bêtement il y a des problèmes de langue, on ne parle pas leur langue, ca prends du temps pour les comprendre, l'interprétation, qu'est ce c'est qu'il veulent. Il y a des médecins qui ne veulent pas gérer ca. Dans ce cas on fait beaucoup d'administration et très peu de médecine. Ca peut être très décevant. On est une porte de rentrer pour le système de soins et si on a pas de secrétariat, on risque de perdre beaucoup de temps.'

3.5.4 Verwijzen naar de tweedelijnszorg

Huisartsen geven aan dat ze DMH patiënten niet anders behandelen dan patiënten met een geldige verblijfsvergunning. Echter voor DHM patiënten is de huisarts zoals gezegd een soort van poortwachter. Enkel door het verkrijgen van een requisitoir waarin een huisarts aangeeft dat de tussenkomst van een specialist noodzakelijk is, kan een DMH patiënt naar het ziekenhuis.

Veel huisartsen geven aan dat de helft van deze requisitoirs pro forma worden gemaakt. Vaak is er al een afspraak vastgelegd of gaat het om afspraken voor problemen waar je niet over kan discussiëren. Voorbeelden hiervan zijn tandzorg, een afspraak bij de cardioloog op aanraden van een pneumoloog of een afspraak bij een endocrinoloog voor een complexe diabetes patiënt.
Als poortwachter kun je weinig tegen deze essentiële hulp inbrengen en geven huisartsen aan zichzelf een administratief medewerker van het OCMW te voelen door zonder doorvragen requisitoirs uit te delen. Bij sommige patiënten is het echter onduidelijk waarom ze naar een specialist moeten. Vaak is dat omdat er te weinig feedback is van het ziekenhuis is.

'Het probleem is dat de ziekenhuizen waar ze heengaan, meestal de openbare OCMW ziekenhuizen over het algemeen niet fantastisch zijn in het doorsturen van verslagen. Dus vaak komen ze hier met een requisitoir en we hebben geen idee waarom en mensen zijn vaak niet zo goed talig en kunnen het dus niet zelf verwoorden. Dus we moeten continue nieuwe verwijsbrieven maken voor de specialist waarom ze er heen moeten of een onderzoek nodig hebben. We lopen achter de feiten aan, er is weinig coördinatie. Je staat voor een voldongen feit met die afspraken. Dus ik heb een paar keer gezegd: als ik niet weet waarom jij naar een specialist moet, maak ik geen requisitoir. Dan moeten ze komen met een brief van de specialist alvorens ik een requisitoir maak. Zo los ik het tegenwoordig op, maar dat is natuurlijk geen fijne manier van werken.'

Wat betreft het uitschrijven van een requisitoirs kan men afleiden dat de meeste huisartsen denken dat enkel zij een DMH aanvraag kunnen doen (9 op 13 huisartsen in de kennistoets). Uit de wet kan men echter afleiden dat elke arts met een RIZIV nummer in principe een aanvraag kan tekenen. In Brussel is het echter de gewoonte dat huisartsen de aanvragen indienen.

'Souvent les demandes sont refusées, celles qui sont fait pars des spécialistes, souvent par-ce qu'ils le font jamais, il ne les font pas dans les bonne forme, ils ne sont pas conforme. Mais en pratique ils ne le font jamais. Je ne sais pas très bien comment ca se passe aux urgences. J'imagine ils envoient juste la facture. Évidement je n'ai que ma vision de ma place et la vision des généralistes des autres communes.'

3.6 De rol van de huisarts

De meeste huisartsen voelen zich een echte huisarts voor DMH patiënten en behandelen hun DMH patiënten ook niet anders dan hun patiënten met geldige verblijfspapieren. Echter een aantal factoren belemmeren of beïnvloeden het uitoefenen van het hele takenpakket van een huisarts.

Zo weegt de administratie van de DMH procedure toch behoorlijk door op het alledaagse consulteren, dit vooral bij artsen die niet in een forfaitpraktijk werken. Artsen geven aan dat ze zich vaak de secretaresse van het OCMW voelen door het veel en nodeloos invullen van papieren. Ook voelen ze zich vaak sociaal assistent, er moet veel worden uitgelegd en rondgebeld door de grote taalbarrière en vaak hebben DMH patiënten weinig of geen inzicht in ons zorgsysteem. Aangezien de procedure van de DMH en ook het nemen van afspraken in ziekenhuizen redelijk complex is, zijn artsen vaak hiermee bezig. Er is soms meer sprake van het faciliteren van zorg dan van het geven van zorg. In wijkgezondheidscentra, waar vaak een aparte sociaal werker in dienst is, hebben artsen minder last van deze extra taak. Zij geven aan zich volledig op het geneeskundige aspect te kunnen concentreren. Echter vaak is de socio-economische situatie van DMH patiënten zo schrijnend dat de medische hulp niet kern van hun zorgen wegneemt.

'Je moet je focussen op de sociale situatie. Mensen die ziek vallen door hun sociale situatie, ze hebben geen huis of job en jij moet die mensen dan toegang geven tot de zorg. De situatie zit gewoon volledig scheef maar goed dat is meer een algemenere opmerking.'

'Ja je bent wat sociaal assistent voor die mensen. Je moet zoveel papieren invullen, er is de taalbarrière, ze hebben geen inzicht in ons zorgsysteem, ze zijn te laat ze brengen de verkeerde dingen binnen dus je zorgt ook wel voor patiënteducatie enzo.'

Ook is de zorgvraag van een DMH patiënt vaak anders dan die van een gewone patiënt. Ze komen vaak uit landen waar er geen huisarts bestaat. Ze leunen sterk op geneeskunde in een ziekenhuismilieu en zijn onbekend met eerstelijnszorg via een huisarts.

'Maar ja je merkt gewoon dat ze heel andere verwachtingen hebben. Ze zijn meer op de spoed en op de specialisten gericht. Ze begrijpen niet wat een huisarts voor hen kan doen. Je voelt je soms een secretaresse die veel papiertjes schrijft. Je kan het verbeteren door een goede relatie op te bouwen maar dat vergt veel uitleg en daar moet je tijd in steken.'

'Het verschilt, ik merk vaak, ik denk dat in heel veel landen zoiets als een huisarts in een niet medisch gebouw dat niet standaard is en ze dan denken van oei dat is niet professioneel. Dus in het begin lijken ze dus liever naar het ziekenhuis te willen. Maar bijvoorbeeld, hier komen

veel kinderen en dan zien ze dat in de wachtzaal en vragen ze kunnen we hier ook met de kinderen komen en dan begin je ze vaker te zien. ‘

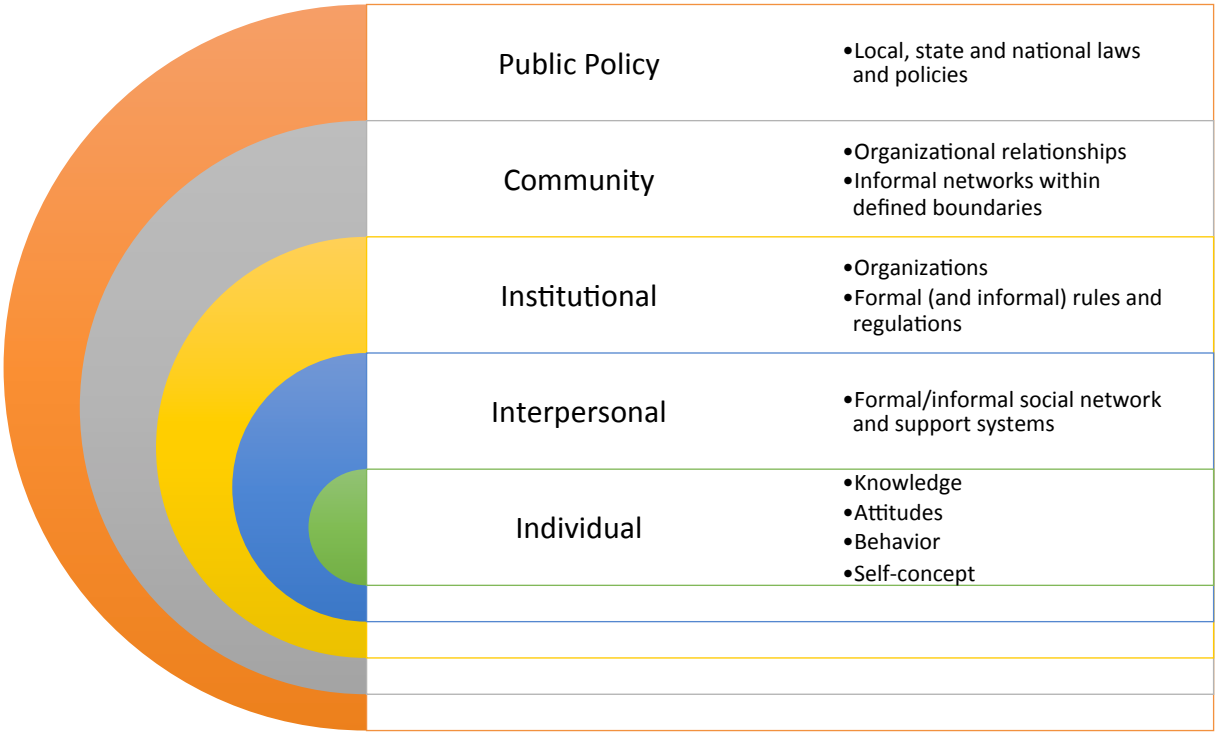
Investeren in het uitleggen van de rol van de huisarts en in een goede communicatie ondanks de taalbarrière werpt zijn vruchten af. Artsen geven aan dat mensen na een tijd wel beginnen in te zien welke meerwaarde een huisarts heeft ten opzichte van een specialist. Zeker de toegankelijkheid en de aanbieding van zorg voor multi-pathologie spelen hier een rol in.

‘Een beetje poortwachter, voor sommige helpt het dat je een verplichte tussenpersoon bent, anders zouden ze direct naar specialist gaan. Anderzijds het bestaat ook niet voor reguliere patiënten. Maar het helpt. De meeste die het systeem verstaan snappen het nut van een huisarts.’

4 Bespreking

4.1 Ecologisch model van gezondheid

Geleid door de vier eerder gecreëerde thema's kunnen een aantal verbanden worden getrokken. Zo beïnvloeden de eerst genoemde drie thema's, namelijk de administratie, de inhoud van DMH en de ondervonden problemen met DMH voor een groot deel de rol van de huisarts.
De thema's kunnen ook in het sociaal gezondheidsmodel van McLeroy[15] worden weergegeven. Hier worden determinanten van gezondheid uitgezet in lagen in een regenboogvorm. Het individu staat centraal, met als eerste laag persoonlijke factoren (microniveau), interpersoonlijke factoren, maatschappelijke en sociale factoren (mesoniveau) en als buitenste laag culturele en socio-economische factoren (macroniveau).

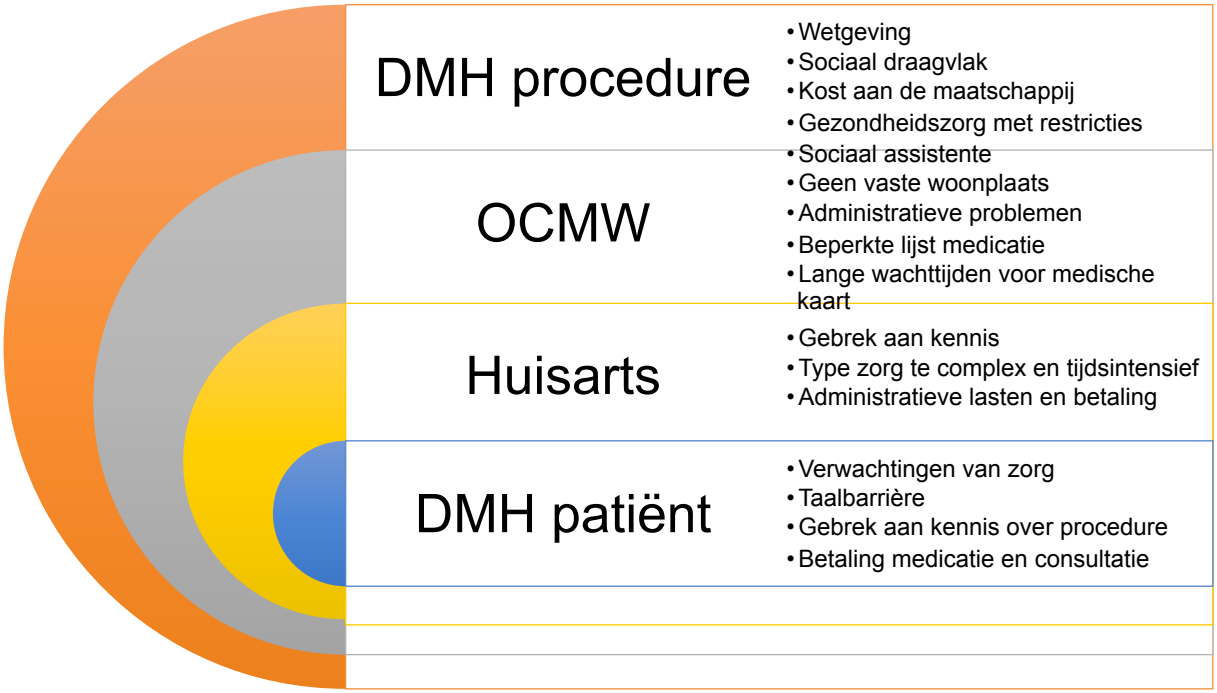


Afbeelding 1: McLeroy's gezondheidsmodel, opmaak herwerkt voor deze thesis [16]

McLeroy bedt zijn gezondheidsmodel in in het ecologische model van de psycholoog Urie B.[17] Het uitgangspunt van Urie B is dat er een wisselwerking bestaat tussen individuen (microniveau) en hun omgeving (macroniveau). Veranderingen in de omgeving hebben een effect op individueel gedrag, en individuele gedragsveranderingen beïnvloeden de maatschappelijke context waarin die individuen ingebed zijn. McLeroy past dit concept toe op de preventie van chronische ziektes. Hoewel ziektepreventie in essentie berust op individuele gedragsveranderingen, mag de sociale context niet

uit het oog worden verloren. De wisselwerking tussen mens en omgeving stelt immers dat sociale aanpassingen individuele gedragswijzigingen in de hand kunnen werken.

De uit de interviews afgeleide thema's kunnen op dit model worden toegepast, met de nadruk op de barrières en problemen op elk niveau. Faciliterende factoren kunnen ook worden toegevoegd al komen uit de interviews meer problemen naar voren.



Huisarts kunnen op interpersoonlijk/mesoniveau geplaatst worden, zij zijn een belangrijke schakel tussen micro- en macroniveau. Hun takenpakket en werking wordt immers via beleid en richtlijnen aangestuurd terwijl hun persoonlijke relatie met patiënten ook op persoonlijk en interpersoonlijk vlak een verschil kan maken. De barrières op micro en macroniveau beïnvloeden dus allemaal het takenpakket van de huisarts en kunnen voor een moeizame arts-patiënt relatie zorgen. Het belang van de wisselwerking van een huisarts tussen beleidsmakers (OCMW- gezondheidszorg) en patiënt is dus niet te onderschatten.

Voorbeelden van faciliterende factoren op verschillende niveaus komen in de interviews ook duidelijk naar voren. Zo is er op interpersoonlijk vlak op verschillende manieren winst te boeken. Huisartsen geven aan dat hun toegankelijkheid, veel geduld en veel uitleg geven toch langzaam een arts-patiënt relatie kan opbouwen.
Op beleidsniveau zou de procedure van de DMH zoals opgesteld in de wet kunnen worden aangepast. Zo kan echt urgente medische problematiek niet goed of tijdig worden behandeld aangezien het proces van een kaart aanvragen vaak meer dan een maand duurt. Met als gevolg dat echt acute medische problemen vaak alsnog op een spoedgevallendienst verholpen. Dit is een voorbeeld van de negatieve wisselwerking. De stap van preventie wordt overgeslagen en de huisarts raakt als eerstelijns hulpverlener nog verder uit beeld. De verwachtingen van DMH patiënten, dat enkel tweedelijnszorg belangrijk is, worden bevestigd.

4.2 Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Sterktes van dit onderzoek zijn de kennistoets en het interviewprotocol die werden gevalideerd en becommentarieerd door onafhankelijke experten van Fedasil en schrijvers van de KCE richtlijn. Er was verder sprake van een duidelijke datasaturatie na ongeveer 10 interviews. De groep huisartsen die werd geïnterviewd was voldoende heterogeen op verschillende karakteristieken en de interviews waren lang genoeg om alles aan bod te laten komen. De codering van de interviews gebeurde door twee onafhankelijke onderzoekers en er werd een zeer hoge graad van inter-rater reliabilty bereikt.

Dit onderzoek is echter ook onderhevig aan een aantal zwaktes. Als eerste is er de selectie van de steekproefpopulatie. Ondanks het feit dat verschillende factoren zoals type huisartspraktijk, filosofie en jaren ervaring zijn meegenomen in het selecteren van huisartsen, kwam de eigenlijke selectie neer op convenience sampling. Het selectiecriteria dat uiteindelijk het meeste doorwoog was de bereidheid van de arts om mee te werken. Hierdoor werden enkel huisartsen geïnterviewd met een redelijke ervaring met DMH patiënten. Huisartsen zonder DMH patiëntenbestand zijn niet ondervraagd. Verklaringen waarom sommige huisartsen totaal geen DMH patiënten zien, kunnen dus enkel op basis van speculatie worden gemaakt.
De grootte van de steekproefpopulatie viel ook lager uit dan initieel in de doelstelling was voorgesteld. Maar er was reeds sprake van datasaturatie na 10 interviews. Ook hadden er meer huisartsen uit de regio Laken-Brussel moeten meedoen aan de interviews. In deze gemeente werkt men tenslotte al met een geïnformatiseerd systeem, een soort verre neef van het Mediprima programma. Helaas waren te weinig artsen uit deze regio bereid om zich te laten interviewen.
De kennistoets die werd afgenomen was ook niet ideaal. Alhoewel deze werd gevalideerd door 2 afzonderlijke medewerkers van respectievelijk Fedasil en het KCE team die de DMH hebben opgesteld, zijn de vragen nogal zwart-wit. Zeker omdat OCMW's in verschillende gemeentes verschillen in hun uitvoering van de wet. Artsen gaven bij het invullen vaak aan dat ze wel wisten wat het goede antwoord was, maar dat het in hun gemeente niet zo geregeld is. Zo zal de ene gemeente sneller een requisitoir voor een bepaalde behandeling goedkeuren de een andere.

4.3 Aanbevelingen

De aanbevelingen die we uit de interviews met de artsen kunnen halen zijn divers en komen voor een deel overeen met de aanbevelingen uit het KCE rapport. Zo vragen de artsen ook een makkelijker aanvraagformulier en een langer geldige medische kaart die gelijk is voor elke gemeente. Huisartsen vragen ook om een vaste maar vrij te kiezen huisarts, ze zijn verder wel een voorstander van het poortwachter systeem.
Ze vragen tevens een aanpassing van de benaming "dringende medische zorgen" en om een betere continuïteit van de zorg, dit bijvoorbeeld bij verhuis naar een andere gemeente of bij een verlopen kaart maar reeds gestarte medische behandeling.

Er wordt ook gepleit voor het loskoppelen van de domicilie/gemeente van de aanvraag, omdat een vast adres hebben een van de grootste problemen is van een DMH patiënt. Kennis over het Mediprima programma was nog te beperkt om echte aanbevelingen te kunnen formuleren maar

huisartsen waren wel enthousiast. Er wordt wel veel belang gehecht aan de incorporatie van Mediprima in het huidige Elektronisch Medisch Dossier (EMD) software pakket.

Artsen vragen verder een betere samenwerkingen met het OCMW. Ze hebben meer feedback nodig, meer uitleg waarom formulieren niet worden aanvaard en waar patiënten zitten in de aanvraag. Of iets is toegekend door het OCMW of niet, zo kunnen zij sneller medicatie of een behandeling voorschrijven. Een directe lijn met een sociaal assistente zou daarom ideaal zijn. Artsen geven echter aan dat als ze het OCMW bellen, ze meerdere keren worden doorgeschakeld en nooit de persoon die ze zoeken aan de lijn krijgen.

De lijst van terugbetaalde medicatie door het OCMW werd ook fel bekritiseerd. Zo is de terugbetaalde dosis van sommige medicatie niet aangepast aan courant gebruik. Ook worden sommige dure en gevaarlijkere medicaties wel terugbetaald maar worden simpele medicijnen die in veel situaties als eerste worden voorgeschreven (pijnstilling, antidiarree, etc.) niet vergoed.

Tenslotte zou de doorverwijzing naar de tweede lijn op een andere manier moeten gebeuren. Artsen zijn niet tegen het idee van een poortwachter maar in de praktijk worden veel afspraken bij specialisten zonder hun inspraak of kennis geboekt. Hierdoor worden zij uiteindelijk meer een administratieve medewerker wiens handtekening nodig is, zonder dat er veel geneeskunde aan te pas komt.

4.4 Conclusie

Mensen zonder papieren in België kunnen dankzij de regeling voor dringende medische hulp gebruik maken van de gezondheidszorg. In deze procedure spelen verschillende actoren een rol, waarbij voor de huisarts een belangrijke rol is weggelegd. De procedure heeft echter veel mankementen op verschillende niveaus, waardoor veel mensen zonder papieren toch geen gebruik maken van de zorg die voor hen is voorzien. In deze thesis is voortgeborduurd op de KCE richtlijn van 2016 en is de rol van de huisarts in deze procedure geanalyseerd. Verschillende barrières op micro- en macroniveau in de zorg, van interpersoonlijk tot niveau van gezondheidswetgeving worden benoemd en behandeld. Administratieve lasten, de inhoud van de DMH procedure en problemen geassocieerd met de DMH procedure op microniveau (huisarts-, OCMW- of patiëntgebonden problemen) bepalen de rol van de huisarts en veranderingen hierin zouden deze rol kunnen faciliteren.

5 Referenties en bijlagen

REFERENTIES

[1] van Meeteren, van San, Engbersen; Irreguliere immigranten in België Inbedding, uitsluiting en criminaliteit 2007 http://www.godfriedengbersen.com/wp-content/uploads/Irreguliere_immigranten_VanMeeteren_VanSan_Engbersen.pdf geraadpleegd op 20/08/2016

[2] Roberfroid D., Dauvrin M., Keygnaert I., Desomer A., Kerstens B., Camberlin C., Gysen J., Lorant V., Derluyn I. Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf? – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 257As. D/2015/10.273/108

3 Asielaanvraag statistieken december 2015 http://www.cgvs.be/nl/cijfers en http://www.cgvs.be/nl/actueel/asielstatistieken-overzicht-2015 geraadpleegd op 5/08/2016

4 http://www.kruispuntmi.be/thema/bijzondere-groepen/mensen-zonder-wettig-verblijf geraadpleegd op 5/08/2016

5 Ellen Druyts Kruispunt Migratie-Integratie Verblijfsstatuten en gezondheidzorg voor vreemdelingen Medische kosten, wie betaalt wat? 2013 http://www.medimmigrant.be/uploads/Publicaties/Brochure/Betalingsregelingen/Verblijf_en_Gezondheid_Betalingsregeling_2013_NL.pdf geraadpleegd op 7/08/2016

6 CHAOUI MEZABI, D., Rapport d'observation des CPAS en matière de carte médicale, Brussel, Université de Liège-SPP Intégration sociale, 2011, 28 p.

7 Kruispunt Migratie: Info gids voor mensen zonder wettig verblijf tweede editie september 2012 http://www.kruispuntmi.be/sites/default/files/bestanden/documenten/infogids_mensen_zonder_wettig_verblijf.pdf geraadpleegd op 7/08/2016

8 Dokters van de wereld https://www.doktersvandewereld.be/aids-remmers-en-sans-papiers-dokters-van-de-wereld-ontdoet-het-debat-na-48-uur-van-6-misverstanden

9 POD Maatschappelijke integratie: Mediprima http://www.mi-is.be/nl/tools-ocmw/mediprima, http://www.kruispuntmi.be/thema/sociaal-medisch/ocmw-steun/sociaal-onderzoek/mediprima beide geraadpleegd op 07/08/2016

[10] Dokters van de Wereld, Jes, Medimmigrant- *Memorandum Dringende Medische Hulp voor mensen zonder wettig verblijf Waar knelt het schoentje?* April 2012 Verantwoordelijke uitgever: Karen De Clercq, Marcqstraat 25, 1000 Brussel

11 POD Maatschappelijke integratie: detailoverzicht medische hulp https://www.mi-is.be/nl/studies-publicaties-statistieken/medische-hulp-mh geraadpleegd op 13/03/2017

12 M.C.M. GOOSSENS & ANNE MARIE DEPOORTER Contacts between general practitioners and migrants without a residence permit and the use of ‘‘urgent’’ medical care
Scandinavian Journal of Public Health, 2011; 39: 649–655

13 Stemnoties voor Mac

14 NVivo for Mac 11.3.2 (1999-2016) QRS National license obtained through KUL

15 McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs, Health Educ Q. 1988 Winter;15(4):351-77. Review.
PMID: 3068205

16 McLeroy afbeelding https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4855696/figure/F1/ geraadpleegd op 22/04/2017

17 Bronfenbrenner, Urie Toward an experimental ecology of human development.American Psychologist, Vol 32(7), Jul 1977, 513-531.

17 RIZIV - Dokters van de Wereld, *Groenboek: over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België* 2014, Wolters Kluwer Belgium SA, ISBN 978-90-46-56879-8

Bijlage 1: Interview protocol en kennistoets

Datum interview:

1. Kennistoets

1. Personen zonder wettig verblijf in België kunnen zich niet aansluiten bij een mutualiteit.
A/ ja
B/ nee
C/ weet ik niet
D/ andere

2. Dankzij de wet op Dringende Medische Hulp kan iedereen die illegaal op het Belgisch grondgebied verblijft toch gebruik maken van de gezondheidszorg.
A/ ja
B/ nee
C/ weet ik niet
D/ andere

3. Een arts kan enkel een Dringende Medische Hulp aanvraag tekenen als hulpvraag dringend is en op korte termijn tot gezondheidsproblemen leidt.
A/ ja
B/ nee
C/ weet ik niet
D/ andere

4. Een OCMW kan een DMH aanvraag weigeren als de medische hulp niet dringend genoeg is of niet nodig.
A/ ja
B/ nee
C/ weet ik niet
D/ andere

5. De huisarts werkt als een soort poortwachter in het DMH systeem. Een persoon met een medische kaart kan enkel naar een specialist als er een huisarts toestemming geeft en de het is goedgekeurd door de OCMW.
A/ ja
B/ nee
C/ weet ik niet
D/ andere

6. Enkel een huisarts kan een DMH aanvraag invullen.
A/ ja
B/ nee
C/ weet ik niet
D/ andere

7. Een medische kaart is niet langer dan 3 maanden geldig. Daarna moet een nieuwe aanvraag worden ingevuld.
A/ ja
B/ nee
C/ weet ik niet
D/ andere

8. Het OCMW kan beslissen om zorgen of geneesmiddelen op zich te nemen die niet door de RIZIV worden terugbetaald, zoals tandextracties, poedermelk voor baby's etc.
A/ ja
B/ nee
C/ weet ik niet
D/ andere

9. Een kind zonder wettig verblijf kan enkel via zijn/haar ouders een medische kaart aanvragen
A/ ja
B/ nee
C/ weet ik niet
D/ andere

10. Een persoon die in een asielzoekerscentrum verblijft met een lopende asielaanvraag, kan geen gebruik maken van de DMH regeling maar krijgt verzorging via Fedasil.
A/ ja
B/ nee
C/ weet ik niet
D/ andere

Persoonlijke variabelen:

Hoeveel jaar ervaring heeft u als huisarts? Hoeveel DMH aanvragen heeft u op uw praktijk (per maand/per jaar) Heeft u een bepaalde visie op geneeskunde die uw praktijk uitdraagt? (sociale geneeskunde) - werkt u in een WGC? - bent u geconventioneerd?

2. Interview protocol

1. Hoe verloopt de procedure van DMH bij u in de praktijk?

Ondervindt u moeilijkheden? Hoe verloopt de eerste consultatie? Wie betaalt dit? Wat zijn volgens u knelpunten in de DMH regeling? Werkt het OCMW mee? Respecteert het OCMW uw beroepsgeheim? Kan u me een voorbeeld geven van wanneer zo'n consult moeilijk liep? Gemakkelijk liep?

2. Welke taak speelt u als huisarts in deze procedure en wat denkt u hierover?

Op welke plaats voelt u zich tov de andere spelers (OCMW, specialisten)? Welke samenwerking bestaat er tussen jullie? Wat maakt voor u moeilijk om deze taak op te nemen? Kunt u nog andere redenen bedenken? (Vb. administratieve redenen, politieke redenen, financiële redenen)

Zijn er verschillen in uw taken als huisarts bij aanvragen en het opvolgen van een DMH patiënt vergeleken met een normale patiënt?

3. Zijn beslissingen die u in deze procedure liever niet wilt nemen of liever niet uitvoert? Heeft u ooit een DMH aanvraag geweigerd?

4. Wat zou er uw rol in de DMH procedure kunnen vergemakkelijken?

Samenwerking met OCMW? Voorlichting sessies? Betere kennis van de procedure, heldere wetgeving?

5. Wat zijn volgens u de verbeterpunten? Zou u een aantal "good practices" kunnen aanraden?

Bijlage 2: Informed Consent

Wat is de perceptie van de huisarts over zijn rol en taak in de Dringende Medische Hulp procedure?

Promotor: Prof Ann Roex (KUL)

Onderzoeker: Emma op de Beke (HAIO te Anderlecht)

Achtergrond:

Personen zonder wettelijk verblijf in België hebben toegang tot de gezondheidszorg dankzij het koninklijk besluit "Dringende Medische Zorgen" uit 1996. Het verloop van deze procedure is complex en vergt veel administratie door verschillende instanties. Een van deze instanties is de huisarts, die een spilfiguur is en belast wordt met het interpreteren van de hulpvraag als "dringend". De wetgeving heeft echter een zeer brede context gecreëerd door te stellen dat dringende medische zorgen zowel preventieve als curatieve zorgen zijn en niet in minuten of uren kunnen worden vastgelegd. Aangezien enkel een arts de dringendheid van de zorgen kan appreciëren, wordt een belangrijke verantwoordelijkheid aan hem toebedeeld, alsmede de administratieve last die met een DMH procedure gepaard gaat. Dit onderzoek gaat de perceptive en kennis van de huisartsen in Brussel omtrent hun rol in deze regeling na. Hoe gaan zij om met DMH aanvragen en zijn ze zich bewust van het ruime begrip van dringende medische zorgen dat de wet heeft vastgelegd? Hoe staan zij tegenover hun takenpakket en hoe weegt de administratie en het interpreteren van deze wet?

Onderzoek:

In deze studie wordt er gebruik gemaakt van gestructureerde diepte-interviews met huisartsen in Brussel. De diepte-interviews zullen ongeveer een klein halfuur duren en plaatsvinden tijdens het najaar van 2016. Elk interview wordt opgenomen en letterlijk uitgeschreven, deze opnames zullen uitsluitend voor analyse worden gebruikt. De anonimiteit van de deelnemende huisartsen wordt gegarandeerd en tijdens de interviews zal er geen medische patiënten informatie worden opgevraagd. Indien een casus ter sprake komt, zal er niet naar gegevens van de patiënt worden gevraagd. De vragen die over het bijhouden van het medisch dossier worden gesteld (registratie van DMH status, bijhouden van requisitoirs) zullen uiterst vertrouwelijk worden behandeld en anoniem worden geregistreerd.

Zoals alle medische gegevens worden ook de gegevens die in het kader van de studie verzameld worden uiterst vertrouwelijk behandeld. Hierbij worden het medisch geheim, de internationale richtlijnen (ICH-GCP) en de Belgische wetgeving nageleefd (onder meer de wettelijke vereisten zoals bepaald in de Belgische Wet van 8 december 1992 inzake

bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de Belgische Wet van 22 augustus 2002 inzake rechten van de patiënt).

Ik verklaar op een duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek anoniem zullen worden verwerkt en het medisch geheim zal worden gerespecteerd. Ik begrijp dat de geluidsopnames uitsluitend voor analyse zullen worden gebruikt. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek.

Naam onderzoeker: Emma op de Beke
Datum:
Handtekening:

Naam:
Datum:
Handtekening:

mp11245	Wat is de perceptie van de huisarts over zijn rol en taak in de Dringende Medische Hulp procedure?

Protocol

Student(en):
Emma op de Beke
Promotor:
Ann Roex (ann.roex@med.kuleuven.be - u0043765 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:

Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:
Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:
prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Personen zonder wettelijk verblijf in België hebben toegang tot de gezondheidszorg dankzij het koninklijk besluit “Dringende Medische Zorgen” uit 1996. Het verloop van deze procedure is complex en vergt veel administratie door verschillende instanties. Een van deze instanties is de huisarts, die een spilfiguur is en belast wordt met het interpreteren van de hulpvraag als “dringend”. De wetgeving heeft echter een zeer brede context gecreëerd door te stellen dat dringende medische zorgen zowel preventieve als curatieve zorgen zijn en niet in minuten of uren kunnen worden vastgelegd. Aangezien enkel een arts de dringendheid van de zorgen kan appreciëren, wordt een belangrijke verantwoordelijkheid aan hem toebedeeld, alsmede de administratieve last die met een DMH procedure gepaard gaat.

Vraagstelling:

Wat is de perceptie van de huisarts over zijn rol en taak in de Dringende Medische Hulp procedure?

Hoe gaan zij om met DMH aanvragen, zijn ze zich bewust van de paradoxale definitie van dringende medische zorgen die de wet heeft vastgelegd? En hoe weegt de verantwoordelijkheid op hen van het interpreteren van deze wet?

Methodologie:

Het kwalitatieve onderzoek wordt uitgevoerd aan de hand van semigestructureerde diepte interviews. De steekproefpopulatie omvat een diverse groep aan Nederlandstalige huisartsen uit Brussel met als enige inclusiecriterium ervaring met patiënten zonder wettig verblijf en de DMH procedure. De grootte van de steekproef wordt geschat op 15-20 interviews met toepassing van datasaturatie.

De interviews zullen ongeveer een klein uur duren. De vragenlijst wordt gebaseerd op literatuur, casussen en het uitgangspunt van de onderzoeksvraag. Een experten groep bestaande uit een medewerker van het Kennispunt Migratie en een onafhankelijke arts zullen de vragenlijst valideren. Er zal een proefinterview met een vrijwilliger plaatsvinden alvorens te starten met het onderzoek. De interviews zullen worden opgenomen en letterlijk worden uitgeschreven. Achtergrondvariabelen van de steekproefpopulatie, zoals huidige kennis van DMH (aan de hand van een korte kennistoets) en individuele verschillen zoals jaren ervaring zullen worden geanalyseerd. De data analyse zal na een thematische codering worden uitgevoerd door 2 onafhankelijke onderzoekers.

Referenties:

van Meeteren, van San, Engbersen; Irreguliere immigranten in België Inbedding, uitsluiting en criminaliteit 2007

Asielaanvraag statistieken december 2015 http://www.cgvs.be/nl/cijfers

http://www.kruispuntmi.be/thema/bijzondere-groepen/mensen-zonder-wettig-verblijf

Koninklijk Besluit van 12 december 1996 betreffende de Dringende Medische

Hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven (B.S. 31.12.1996)

Ellen Druyts Kruispunt Migratie-Integratie Verblijfsstatuten en gezondheidzorg voor vreemdelingen Medische kosten, wie betaalt wat? 2013 http://www.medimmigrant.be/uploads/Publicaties/Brochure/Betalingsregelingen/Verblijf_en_Gezondheid_Betalingsregeling_2013_NL.pdf

CHAOUI MEZABI, D., *Rapport d'observation des CPAS en matière de carte médicale*, Brussel, Université de Liège-SPP Intégration sociale, 2011, 28 p.

http://www.kruispuntmi.be/sites/default/files/bestanden/documenten/infogids_mensen_zonder_wettig_verblijf.pdt

RIZIV- Dokters van de Wereld, Groenboek over de toegankelijk van de gezondheidszorg in Belgie ISBN 978-90-46-56879-8 Wolters Kluwen

https://gbiomed.kuleuven.be/apps/ec/index.php?page=overzicht&active_acad 80% Search

Dringende Medische Hulp procedure?
Student(en): Emma op de Beke
Promotor: Ann Roex

Gunstig advies van OBC

2016-03-23 17:17:38

Bekijk status geschiedenis

Student(en):	Emma op de Beke
Promotor:	Ann Roex (ann.roex@med.kuleuven.be - u0043765 - 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:	Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:	Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:	prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:	Personen zonder wettelijk verblijf in België hebben toegang tot de gezondheidszorg dankzij het koninklijk besluit "Dringende Medische Zorgen" uit 1996. Het verloop van deze procedure is complex en vergt veel administratie door verschillende instanties. Een van deze instanties is de huisarts, die een spilfiguur is en belast wordt met het interpreteren van de hulpvraag als "dringend". De wetgeving heeft echter een zeer brede context gecreëerd door te stellen dat dringende medische zorgen zowel preventieve als curatieve zorgen zijn en niet in minuten of uren kunnen worden vastgelegd. Aangezien enkel een arts de dringendheid van de zorgen kan appreciëren, wordt een belangrijke verantwoordelijkheid aan hem toebedeeld, alsmede de administratieve last die met een DMH procedure gepaard gaat.
Vraagstelling:	**Wat is de perceptie van de huisarts over zijn rol en taak in de Dringende Medische Hulp procedure?** Hoe gaan zij om met DMH aanvragen, zijn ze zich bewust van de paradoxale definitie van dringende medische zorgen die de wet heeft vastgelegd? En hoe weegt de verantwoordelijkheid op hen van het interpreteren van deze wet?

19:34