Exploratie van gezondheidszorg bij asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf in drie groepspraktijken van Brussel in 2015

Dr. Elysée MUNYOKA MUANA-CYALU, HAIO Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Stephanie DE MAESSCHALCK, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Louis FERRANT, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

VOORWOORD

Preston Munyoka et Topaze Katoka, écoutez fleurs sur la branche de mon sang, cet écho sonore de ma voix virile qui s'épanche sur les consciences du monde :

« Les circonstances multiformes actuelles qui frappent l'Homme jusqu'au cul de notre humanité, permettent inévitablement aujourd'hui une énorme mobilité des masses à travers le monde que nul ne sait empêcher. A cet effet, si des anciens espaces de vie par malheur ou par bonheur se disloquent, les nouvelles rencontres s'opèrent, mais certes, avec tant de barrières sociolinguistiques stressantes et des stéréotypes parfois gangreneux. Un peu d'amour, un peu de temps, un peu d'écoute, un peu de partage, un peu de soins, bref, un peu d'humanité et de bonheur pour ces visages ternes inconnus qui se meuvent sur la plage de vos yeux, et qui implorent juste quelques miettes de valeurs, hélas, un regard plus un sourire suffit … !''

Mes pensées pieuses s'envolent à de milliers de regards nobles à travers le monde, qui jours et nuits sont au service de l'humanité et militent activement pour des soins de qualité et impartial pour tous les citoyens du monde. Je m'abstiens de citer nommément ces belles gens de peur d'en omettre les plus précieuses. Enfin, vous tous dont l'humanité semble votre amour, je vous emporte en bandoulière à travers ce modeste travail axé sur un groupe vulnérable, et pourtant HUMAIN.

Elysée MUNYOKA

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD 2

ABSTRACT 6

INLEIDING 7

Achtergrond 7

Aanleiding 8

Indeling 8

Onderzoeksvragen 9

METHODOLOGIE 10

Studiemilieu en periode 10

Tabel I: organisatie van de drie WGC 10

Inclusie – en exclusiecriteria 11

Dataverzameling 12

Tabel II: De opgezochte gegevens in het medisch dossier van de patiënten 13

Schriftelijke interviews 14

Data – analyse 15

LITERATUUROVERZICHT 16

Gezondheidsproblemen 16

De toegang tot gezondheidszorgen 16

Lichamelijke gezondheidsproblemen 17

Mentale en psychosociale problemen 17

Communicatie problemen 18

Cultuur- en taalbarrières 18

Tolkgebruik 19

Intake gesprek 20

RESULTATEN 22

Sociale en demografische variabelen 22
Grafiek 1. Verdeling van de onderzoekspopulatie in de 3 groepspraktijken 22
Grafiek 2. Verdeling van de onderzoekspopulatie per verblijfstatuten 22
Grafiek 3. Leeftijdsgroepen van de onderzoekspopulatie 23
Grafiek 4. Verdeling van het geslacht van onderzoekspopulatie 23
Grafiek 5. Regio's van herkomst 24
Grafiek 6. Landen van herkomst van onderzoekspopulatie 24
Grafiek 7. Burgerlijk statuut en aanwezigheid van kinderen 25
Grafiek 8. Opleidingsniveau van onderzoekspopulatie 26
Data's uit elektronische medische dossiers 26
Grafiek 9. Uitgevoerd intake en tolkgebruik in de 3 groepspraktijken 26
Grafiek 10. Data's vanuit medische dossiers per locatie 27
Grafiek 11. Chronische ziekten op medische dossiers 28
Grafiek 12. Antecedenten op medische dossiers 28
Medische parameters 29
Grafiek 13. Verdeling van aanmeldingsklacht/RFE en diagnose 29
Grafiek 14. Verdeling van ondergenomen acties 30
DISCUSSIE 31
Organisatie per locatie 31
Sociale en Demografische aspecten 31
Leeftijd en geslacht 31
Landen van herkomst 31
Opleidingsniveau 32
Communicatieproblemen 32
Taal en tolkgebruik 32
Intake of intakegesprek 34

Medische aspecten 35
Frequentie van raadplegingen 35
Antecedenten en chronische ziekten 35
Aanmeldingsklachten (redenen) en diagnosen 35
Mentale en psychosociale problemen 36
Ondergenomen acties 37
CONCLUSIE 39
REFERENTIE 41
BIJLAGEN 46
Tabellen 46
Tabel III: Sociale en demografische kenmerken 46
Tabel IV: Sociale en demografische kenmerken (bis) 47
Tabel V: Gegevens uit medische dossiers per locatie 48
Tabel VI: Frequentie van raadpleegingen 49
Tabel VII: Aanmeldingsklachten en diagnosen 49
Tabel VIII: Ondergenomen acties 50
Formulier van schriftelijk interview 51

ABSTRACT

Context: Door de oorlogssituaties en de economische crisis, ontvluchten steeds meer mensen hun thuisland. Daardoor bereikt vandaag de toestroom van vluchtelingen een zeer hoog niveau in Europa in het algemeen en in België specifiek. De kwaliteit van de gezondheidszorgen van vluchtelingen en asielzoekers hangt af van verschillende factoren, onder andere: trauma vanuit het vaderland, illegaal statuut, socio-culturele- en taalbarrières, complexiteit van de toegang tot het gezondheidszorgsysteem. Brussel, de hoofdstad van België en Europa, wordt steeds meer kosmopolitisch met veel duizenden immigranten. Hierbij wordt de rol van de sociale en gezondheidszorgverleners steeds complexer.

Onderzoeksvraag: Wat is het sociaal-demografisch profiel van asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf in 3 Wijkgezondheidscentra (WGC) in Brussel voor 2015? Wat waren, tussen 01 januari 2012 en 31 december 2015 hun aanmeldingsklachten, diagnosen en ondernomen acties? In welke mate zijn intakegesprekken en taalondersteuning gebeurd in de 3 WGC met aandacht voor specifieke elementen eigen aan de groep?

Methode: deze studie is een kwantitatief retrospectief onderzoek via de elektronische medische dossiers van asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf die consulteerden in 2015. De codering van data wordt manueel en via “SPSS Statistics 24” uitgevoerd voor de beschrijvende statistische analyse. Een schriftelijk interview per locatie heeft plaatsgevonden voor aanvullende informatie over functionering van elke locatie.

Resultaten: De studie includeerde 107 gevallen, waarin meer asielzoekers (59,8%) dan mensen zonder wettig verblijf (40,2%), en deze onderzoekspopulatie is vrij jonger dan 40 jaar (71%) en geen groot verschil tussen mannen (53,3%) en vrouwen (46,7%).. Veel sociale en demografische kenmerken ontbreken in twee derde van de studiepopulatie. Voor de gemelde afkomst komen toch de asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf uit Afrika (29,9%) met Marokko aan de top, gevolgd door Indische Subcontinent en Zuid-Azië (15%), Zuid-America (8,4%), Midden-Oosten (4,7%) en Balkanlanden (3,7%). Ze zijn alleenstaanden of samenwonend met kinderen in meer dan de helft van de gevallen, en meestal hebben ze een lager onderwijs of beroeps- of technische onderwijsniveau (82,6%). In meer dan twee derde van dossiers is er geen melding van intakegesprekken en het gebruik van tolken bij slechts (3,7%). Ademhalingsproblemen, bewegingsapparaten letsels, algemene en niet gespecifieerde, spijsvertering en huidletsel zijn vaakst gerapporteerd als aanmeldingsklachten of “Reason For Encounter” en diagnosen, terwijl mentale en psychosociale problemen zeer weinig of bijna niet vermeld worden in het dossier. Medicamenteuze behandeling plus levering van informatie, alleen medicamenteuze behandeling, en aanvullende onderzoeken zijn de meest ondernomen acties, maar preventieve maatregelen blijven zeer weinig frequent. Er wordt zeer weinig psychosociale begeleiding gemeld, ondanks de aanwezigheid van minstens een eerstelijns psycholoog en sociaal assistent in de onderzochte centra. Uiteindelijk komen asielzoeker en mensen zonder wettig verblijf vaker op raadpleging en bij wisselende huisartsen.

Conclusie: De mis-match tussen deze studiepopulatie gekend als zeer kwetsbaar en geconfronteerd met diverse trauma's, met een zeer lage incidentie van expliciet in het dossier vermelde psychosociale problemen in deze studie, moet leiden tot nieuwe gezondheidszorgstrategieën, waarbij de zorgverleners in algemeen en de huisartsen in het bijzonder zullen helpen om het welzijn van migranten te verhogen. En om dit te bereiken, zijn intakegesprekken en het gebruik van een tolk tijdens de consultatie zeer cruciaal voor vroegere opsporing van mentale en psychosociale problemen bij asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf naast hun allerlei fysieke gezondheidsproblemen. Daarnaast is er meer aandacht nodig voor het noteren in het EMD van de vermelde klachten en de sociale en demografische kenmerken.

Contact: elmunyokapt@hotmail.com

ICPC-code: Z10 Probleem met gezondheidszorg

INLEIDING

Achtergrond

Migratie wordt beschouwd als een belangrijke sociale, politieke en publieke gezondheidsuitdaging voor de Europese regio [(1)], Tussen 1990 en 2013, steeg het aantal internationale Migranten wereldwijd met meer dan 77 miljoen en Europa had een van de grootste groei van internationale migranten. [(1, 2)] Volgens de conventie van Genève is een vluchteling "*een persoon die zich buiten haar of zijn land van herkomst bevindt wegens een gegronde vrees voor vervolging om redenen van ras, godsdienst, nationaliteit, bepaalde sociale groep lidmaatschap of politieke overtuiging en is niet in staat of niet bereid om gebruik te maken van de bescherming van hun land of terug te keren*." [(3,4,5)] Terwijl mensen zonder wettig verblijf of onregelmatige migranten worden beschouwd als illegalen mensen die in Europa verblijven zonder wettelijke toestemming. [(7,8,9)]

Het blijkt in het verslag van "United Nations High Commissioner for Refugees" (UNHCR) 2014, [(10)] dat er bijna wereldwijd 60 miljoen mensen hun land ontvluchtten, waarin Vluchtelingen (19,5 miljoen), 'Ontheemden' (38,2 miljoen) en Asielzoekers (1,8 miljoen). Dat vertegenwoordigt 16% meer dan in 2013 en de toename sinds 2013 is de hoogste ooit eerder gezien. [(10,11)] De top landen van herkomst van vluchtelingen zijn eerst Syrië en daarna Afghanistan en Somalië, maar ook honderden duizenden ontvluchtten hun land in Sub-Sahara Afrika. [(10)] Er is bijna gelijke verdeling tussen mannen en vrouwen volgens het rapport van UNCHR 2014, maar traditioneel, de beschikbaarheid van leeftijd uitgesplitste gegevens heeft altijd een grotere uitdaging dan geslacht. [(11)].

De Europese Unie (EU) telt 1,6 miljoen vluchtelingen en asielzoekers, eind van het jaar 2014 bleek er 6,7 miljoen ontheemden in Europa tegenover 4,4 miljoen een jaar eerder. [(13)] Deze grote toename werd ondersteund door een record aantal van vluchtelingen uit oorlog in Oekraïne en het grote aantal Syrische vluchtelingen in Turkije. [(11)] In 2008 werd het aantal van mensen zonder wettig verblijf voor de 27 Europese landen geschat tussen 1,9 tot 3,8 miljoen met variërende verspreidingspatronnen tussen landen. [(1)] In 2015 vanuit cijfers van het Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen in België (CGVS) werden er 35476 aantal asielaanvragen gedaan in België. Dit is een grote stijging sinds 2010 waar het grootste cijfer van aantal asielaanvragers werd geregisterd in afgelopen decades met

42691. De meeste asielaanvragers zijn afkomstig uit Irak, Syrië, Afghanistan, Somalië en Onbepaald (Palestina dat nog steeds geen erkende staat is) [14]

Aanleiding

Aan het begin van mijn stage bij Medikuregem als Huisarts in opleiding (HAIO), werd ik voortdurend geconfronteerd met veel asielzoekers en / of mensen zonder wettelijk verblijf. Het grootste deel van hen kwam uit sub-Sahara Afrika en Maghreb. Hun convergentie leek me dat ze een vorm van solidariteit kwamen zoeken bij mij. Dit was om een ondersteuning te kunnen krijgen niet alleen voor hun gezondheidsprobleem, maar ook voor hun harde en langzame procedure over asielzoekers en mensen zonder wettelijk verblijf in België.

Maar diep van binnen, werd ik getroffen dat er een tragisch drama, een ondraaglijk socio-economische situatie en massale psychologische problemen bestonden bij elke asielzoekers/mensen zonder wettelijk verblijf. Door het graven naar hun psychosociaal abces in het gesprek met een aantal van hen soms in hun moedertaal, ging ik onmiddellijk beseffen dat er veel aflopende negatieve ervaringen en een onuitgesproken wanhoop van het leven zijn verborgen achter hun lijdende façade.

Het leek me dat deze complexe en kwetsbare groep vereist dat er aandacht is niet alleen voor hun fysieke gezondheid, maar ook en cruciaal voor hun geestelijke gezondheid. Vandaar mijn interesse voor deze retrospectieve studie over de exploratie van het gezondheidszorgsysteem bij asielzoekers en mensen zonder wettelijk verblijf in Medikuregem zelf en in twee andere WGC's uit Brussel. Het was kwestie van onderzoeken naar wat kan verbeterd worden op basis van de medische dossiers van deze bevolking. Dat gaat wat betreft systematische uitvoering van intakegesprek, tolkgebruik, (moeder) taal, korte vluchteling verhaal en andere belangrijke socio-demografische kenmerken.

Via één van mijn praktijkopleiders in WGC Medikuregem in Anderlecht, Dr. Louis Ferrant, kwam ik zo in contact met Professor Stephanie De Maesschalck, Universiteit Gent (UGENT), die tal jaren werkt als huisarts met vluchtelingen in het asielcentrum in Poelkapelle en ruime expertise over dit thema beschikt.

Indeling

Afgezien van de inleiding en conclusie, wordt dit onderzoek verdeeld in twee delen. Eerst zullen er in het theoretische gedeelte een paar belangrijke termen wat betreft asielzoekers en

mensen zonder wettig verblijf gedefinieerd worden. In korte zullen er ook enkele procedures in verband met asielaanvraag en hun gezondheidsverzekering geschetst worden. In het tweede deel van deze studie worden methodologie, resultaten van het praktijkonderzoek en verschillende reflectie daarvan in discussie beschreven.

Onderzoeksvragen

Wat is het sociaal-demografisch profiel van asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf in 3 WGC in Brussel voor 2015? Wat waren, tussen 01 januari 2012 tot en met 31 december 2015 hun aanmeldingsklachten of aanmeldingsredenen, diagnosen en ondergenomen acties? In welke mate zijn intakegesprekken en taalondersteuning gebeurd in de 3 Wijkgezondheidscentra (WGC) met aandacht voor specifieke elementen eigen aan de groep?

METHODOLOGIE

Studiemilieu en periode

Dit retrospectief onderzoek over het gebruik van ons gezondheidszorgsysteem door asielzoekers of mensen zonder wettig verblijf werd gevoerd in 3 Brusselse groepspraktijken namelijk WGC Medikuregem, Geneeskunde voor het volk (GVHV) Schaarbeek en GVHV Molenbeek van 01 januari 2015 tot en met 31 december 2015. Deze 3 groepspraktijken werken allen in het forfaitair systeem. Maar de keuze is ook te wijten aan hun locatie in de Brusselse gemeenten (Anderlecht, Schaarbeek en Molenbeek) met grote concentraties immigranten.

Om de data juist te kunnen interpreteren, lijkt het belangrijk om eerst de organisatie van iedere praktijk aan het bod te laten komen. De prestaties hangen niet alleen af van de hoeveelheid aan hulpverleners maar ook van hun diversiteit. De *Tabel 1* geeft een goed overzicht daarvan.

Tabel I: organisatie van de drie WGC

	MEDIKUREGEM	***SCHAARBEEK***	***MOLENBEEK***
Startjaar met forfait	***2008***	***1992***	***2005***
Geschatte Populatie	***4411***	***3000***	***1700***
Huisartsen	*7*	*2*	*2*
Huisartsen In Opleiding	*2*	*3*	*1*
Verpleegkundigen	*2*	*1*	*1*
Voedvrouw	*1*	-	-
Diëtist	*1*	-	-
Gezondheidspromotor	*1*	-	-
Praktijkassistenten	*1*	-	-
Psycholoog (ELP)	*3*	*2*	-

Familie – relatietherapeute	*-*	*-*	*1*
Maatschappelijke werkers	*1*	*1*	*-*
Coördinator	*1*	*1*	*1*
Bouwcoördinator	*1*	*-*	*-*
Administratie	*1*	*1*	*1*
IT-Technische verantwoordelijke	*1*	*-*	*-*
Onthaal medewerkers	*4*	*4*	*3*
Onderhoudsmedewerkers	*1*	*1*	*1*
Vrijwilligers	*3*	*-*	*-*

Inclusie – en exclusiecriteria

Alle patiënten moesten voldoen aan volgende inclusiecriteria om te worden opgenomen in onze studie. Het hebben van het statuut van asielzoeker in procedure of mensen zonder wettig verblijf wordt beschouwd als hoofdcriterium voor de studie. Op basis van de gegevens vanuit Elektronisch medisch dossier (EMD) wordt dit statuut bepaald bij alle patiënten die niet geregistreerd worden in het forfaitair systeem of die een onbekend statuut hebben. Een minimum leeftijd van 15 jaar wordt gekozen voor de studie. Bovendien moeten patiënten ook minstens één keer op de raadpleging geweest zijn in 2015.

Patiënten die al jaren in België wonen en Belgen en anderen niet ingeschreven door ontbrekende mutualiteit, worden hun gegevens niet beschouwd als relevant voor de studie. Daarom worden alle patiënten die voor de eerste keer op raadpleging zijn gekomen voor 2012, niet opgenomen in de studie. De geregulariseerde patiënten na positief advies betreffende hun asielprocedure, worden ook niet opgenomen in de studie.

Dataverzameling

Eerst moesten alle patiënten die niet in forfaitair systeem staan of als onbekend opgegeven worden, opgelijst worden vanuit het EMD door een huisarts of administratief medewerker in iedere groepspraktijk. De namen van patiënten op de lijst worden nadien nagekeken door het onthaal en vervolgens aan mij bezorgd. Dit wordt gedaan om de anonimiteit van de studie te garanderen in het kader van de goedkeuring door het ethisch comité.

Ten tweede wordt het nummer van het EMD met initialen van het betrokken WGC gehanteerd als identificatiecode van de patiënten. Op de lijst staan de leeftijd, geslacht, woonplaats en jaar van de eerste inschrijving in het WGC vermeld. Met deze enkele parameters wordt de lijst nagekeken op basis van bovenstaande inclusie – en exclusiecriteria. De nieuwe lijst wordt na verwerking teruggestuurd naar elk WGC om te focussen op de nodige dossiers.

In een volgende stap wordt uit het EMD het volledig journaal van elke patiënt opgeslagen door de verantwoordelijke huisarts. Dit gebeurde in het EMD via de optie van een uitgebreide doorverwijzingsbrief naar een specialist. Alle de gegevens uit medische journaals werden aan mij bezorgd (afgedrukt of als Word bestand) na hun verwerking door een huisarts of administratief medewerker met respect voor de anonimiteit. Qua vorm was er geen uniformiteit van gegevens in de 3 groepspraktijken. Deze situatie is te wijten aan het feit dat WGC Medikuregem Medigest gebruikt als EMD, terwijl de twee anderen Medidoc gebruiken maar niet met dezelfde configuratie over tal parameters.

In totaal 238 dossiers worden gestuurd naar mij waarin 148 dossiers voor WGC Medikuregem , 69 dossiers voor GVHV Schaarbeek en 31 dossiers voor GVHV Molenbeek. Op basis van inclusie – en exclusiecriteria wordt de studiepopulatie teruggebracht als volgt: Medikuregem 52 dossiers, GVHV Scharbeek 39 dossiers en Molenbeek 16 dossiers.

Bij de verwerking van de ontvangen gegevens patiënt per patiënt werd naar de aanwezigheid van mogelijke variabelen gekeken. Bij alle 3 WGC's wordt niet systematisch een ICPC-code gebruikt. De codering van de gegevens wordt dossier per dossier manueel gemaakt voor 'Raeson for encounter' (RFE) en diagnosen op basis van ICPC-2-English en online ICPC-NHG zoals volgend:

- "Reason For Encounter" : aanmeldingssymptomen en andere redenen van consultatie zoals gedetailleerd in de categorie van 'Proces codes' in ICPC-2-English ;
- Diagnosen: elke genoteerde diagnose in dossier wordt ook systematisch geïntegreerd in hun respectievelijke categorie van de betrokkene lichamelijk orgaan volgens ICPC-2 codes;
- Wij hebben de gegevens bestudeerd eerst waarbij minstens 1 consultaties per patiënt in 2015 gebeurt en dan tot een maximum van 5 consultaties die gebeurden tot en met 01 januari 2012.

Het was een grote handicap om aan de slag te gaan met de gebruikte woordenschat en afkortingen in verband met RFE en diagnoses van huisartsen en andere zorgverleners.

Hieronder worden alle variabelen samen opgelijst in het *Tabel* II :

Tabel II: De opgezochte gegevens in het medisch dossier van de patiënten

VARIABELEN	
Demografische gegevens	*Wijkgezondheidscentrum*
	Postcode van woonplaats
	Geslacht
	Leeftijd
	Land van herkomst
	Burgerlijk statuut
	Kinderen
	Opleidingsniveau/Beroep
Verblijfsstatuut in België	*Zonder wettig verblijf of na procedure met negatieve beslissing*
	Asielzoekers in procedure (voorlopig wettig verblijf)
	Postcode van woonplaats

Informaties vanuit EMD	*Intake*
	Tolkgebruik
	Antecedenten
	Chronische ziekten
	Eerder contact met een andere huisartspraktijk
	Aantal consultaties in 2015
	Aantal artsen gezien in 2015
Klinische gegevens	*RFE*
	Diagnose
	Actie
Aanvullende onderzoeken	*Laboratorium onderzoek (minstens 1x)*
	Beeldvorming onderzoek (minstens 1x)
Andere hulpverleners	*Zorgverleners (verpleegkundige, voedvrouw, diëtist, diabetoloog, etc.*
	Psychosociale begeleiding (Psycholoog en sociaal assistent)

Schriftelijke interviews

Hierbij werd ook schriftelijke interviews uitgevoerd naast de dataverzameling, dit om tal observaties op dossiers te kunnen begrijpen of verduidelijken op basis van functionering van elke locatie. In praktisch wordt een Word Bestand met enkele vrij open vragen word per mail gestuurd naar een contactarts per locatie om te kunnen bespreken op team- en medische overleg met hun collega. Daarna werden alle reacties schriftelijke per mail bezorgd aan mij. Alle ontvangst aanvullende informaties werden hier en daar in discussie gebruikt. De vragenlijst van dit interview kan teruggevonden worden in bijlage van deze scriptie.

Data – analyse

Na de datacollectie worden deze data's van de studiepopulatie opgenomen in een Excelbestand en daarna worden deze gecodeerd. Een groeiende codering wordt gebruikt met altijd 0 voor de eerste codering binnen een variabele. 0 werd beschouwd als 'N' om het vervolg van codering te bepalen met de formule N+1. De limiet van codering hangt af van de hoeveelheid aan de gegevens die gecodeerd of gegroepeerd moeten worden bij elke variabele. Na de verwerking van de data's op het Excelbestand, worden deze overgebracht in SPSS Statistics 24 (Statistical Package for the Social Sciences) voor statistische analyses. De beschrijvende analyse van data's door het middel van SPSS liet ons toe de volgende bepalingen te bekomen: de gemiddelde leeftijd van onze studiepopulatie, percentage en frequentie van verschillende parameters en bivariaat analyse door het kruisen van twee parameters.

LITERATUUROVERZICHT

De literatuur werd doorzocht om gekende informatie over de gezondheidszorg van asielzoeker en mensen zonder wettig verblijf in kaart te brengen. De uitvoering van deze literatuurstudie heeft plaats gevonden via de zoekrobot PubMed online, waarin de Medline databank werd geraadpleegd.

Verschillende Engelstalige zoektermen werden ingegeven in deze online-databank en aan elkaar gecombineerd om tot relevante literatuur te kunnen komen. Volgende zoektermen werden gebruikt: “access to health care”, “asylumseekers”, “illegal/irregular/undocumented migrant”, “family physician”, “general practice”, “social en demographic characteristics”, “primary health care”, “mental health”, “language barrier”, “communication barrier”, “interpreter”. Binnen onze referentielijsten, werden na selectie de relevante artikels weergehouden.

Daarnaast worden gegevens en referenties uit de verschillende artikels over de gezondheidszorgproblemen bij de asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf geraadpleegd om nog wat relevante informatie te bekomen. Verder werd ook gebruik gemaakt van specifieke nationale of internationale websites in verschillende talen (Engels, Nederlands, Frans) zoals de UNHCR, Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), CDLH, CGVS, Medimmigrant, Vluchtelingen Vlaanderen. Nog enkele relevante publicaties werden doorzocht via UGENT en Universiteit Antwerpen, en ICHO wat betreft masterproeven in verband met dit onderwerp.

De niet-uitputtende informatie voor Europa en elders zijn gefocust over volgende factoren: Asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf, gezondheidszorgproblemen, de toegang tot gezondheidszorg, de culturele- en taalbarrières, het tolkgebruik, psychosociale aspecten, het verschil in begrip van ziekten en behandelingen.

Gezondheidsproblemen

De toegang tot gezondheidszorgen

In het algemeen blijft de toegang tot de gezondheidszorg van asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf zeer beperkte [8,15] en ongelijke in vergelijking met die van de gemiddelde burgers [16]. Naast hun precaire sociaaleconomische omstandigheden en beperkte toegang tot

sociaal-gezondheidsdiensten is hun kwetsbaarheid over bepaalde risico's en verschillende ziekten een grote uitdaging voor Europa. [7,8,17,18]

In EU wordt de toegang tot basiszorg en sociale diensten van mensen zonder wettig verblijf beschouwd als een belemmering door hun onregelmatige juridische status, [19] en meestal krijgen mensen zonder wettig verblijf geen informatie over hun rechten op toegang tot sociaal-gezondheidszorgdiensten, en ook vaker dat ze zelf geen medische hulp durven vragen uit angst om te worden ontdekt, gearresteerd en uitgezet. [17]

Het blijkt in de literatuur dat de beperkte toegang tot de gezondheidszorg van migranten en vluchtelingen gevormd is door wettelijke kaders in verband met verblijfstatuten van elke persoon [2,20]. Daarnaast zijn er nog andere belemmeringen op de toegang tot gezondheidszorg voor deze kwetsbare bevolking zoals culturele problemen, taalbarrières, functionering van gezondheidszorgdiensten[8,15].

Lichamelijke gezondheidsproblemen

Fysieke- en geestelijke gezondheidsproblemen zijn heel frequent in de populatie van migranten en vluchtelingen. De belangrijkste ziekten gerapporteerd in tal literatuurstudies zijn als volgt: infectieziekten, psychische stoornissen zoals depressie, slaapstornissen, PTSD; spijsvertering en osteoarticulaire problemen . [21,22] Als specifieke overdraagbare ziekten worden respiratoire, spijsvertering en dermatologische infecties gemeld door Palvi A. et al, en vaccin-preventieve ziekten zijn ook van groot belang. [20] Burneet A. en Peel M. vermelden in hun literatuur review dat één op zes asielzoekers, een ernstige lichamelijke problemen heeft, hun prevalente lichamelijke problemen omvatten tuberculose, HIV / AIDS, hepatitis A en B, parasitaire ziekten, en niet-specifieke lichaamspijn, [18,23] en ook meningitis. De chronische aandoeningen zoals diabetes en hypertensie zijn ook frequent gemeld en niet te verwaarlozen. [24,25,26]

Mentale en psychosociale problemen

Mentale en psychosociale ziekte is een belangrijk gezondheidsprobleem voor migranten en vluchtelingen, [18,20,23] en de invloed van de psychologische gezondheid op lichamelijke morbiditeit goed werd vastgesteld,. [27,28]

Klachten van depressie, angststoornissen, stress, alcoholisme en drugs misbruik worden rapporteert bij vluchtelingen, [20,23,29] en meer bij nieuwe aangekomen mensen. [20] Daarnaast zijn ook paniekaanvallen of agorafobie, slaapstoornissen, angststoornissen en, belemmering

van leren door geheugen en concentratie problemen. [23] De Ghellinck A-S. meldt in haar masterproefstudie dat 20 tot 40% van de consultaties bij de huisarts bevatten een psychosociale component bij de aanmeldingklacht. [30] Priebe et al hebben ook gemeld dat het oplossen van socio-economische en juridische problemen veel belangrijker was voor veel patiënten dan het oplossen van gezondheidsproblemen. [31] Taalbarrières, culturele en religieuze problemen, racisme en werkloosheid kunnen de mentale en psychosociale problemen verder verergeren. [20]

In de steden en naties van vandaag, moet de toegang tot burgerlijke of menselijke rechten voor alle bewoners hetzelfde zijn, ongeacht hun nationaliteit, ras, geslacht, sociale statuut of taal. Ongelijke toegang tot publieke of sociale diensten en instellingen leidt tot een dubbele samenleving. [32]

Communicatie problemen

In de literatuur werd aangegeven dat het belangrijk is om taal en communicatie te ondersteunen voor gemarginaliseerde migrantengroepen, met name met betrekking tot het aanbieden van sociaal tolken en ICB (intercultureel bemiddelaars) als interpreterende diensten om interculturele communicatie te vergemakkelijken**.** [35] Taal- en culturele barrières worden ook gerapporteerd als de twee grootste belemmeringen in medische ontmoetingen en leiden tot beperking van de toegang tot de gezondheidszorg, [36,37] Papic O. et al concludeerde dat huisartsen de communicatieproblemen vinden als de belangrijkste barrière en willen de toegang tot tolken verbeteren, en te weinig artsen maken gebruik van professionele tolken. De meerderheid voelt niet dat hun verantwoordelijkheid is om deze dienst te organiseren. [36]

Cultuur- en taalbarrières

Volgens UNESCO wordt de cultuur beschreven als een reeks onderscheidende spirituele, materiële, intellectuele en emotionele kenmerken van de maatschappij of een sociale groep, het omvat kunst en literatuur, levensstijlen, levenswijzen, waardesystemen, tradities en overtuigingen. [38] Culturele identiteit is vooropgesteld als een centraal element van en belangrijke voorwaarde voor zelfbeeld, functionele effectiviteit, geestelijke gezondheid, levenskwaliteit, perceptie van ziekte en gezondheidszorgen uitkomsten. [39,40]

Het verstrekken van de gezondheidszorgen wordt noodzakelijk beïnvloed door de eisen van mensen uit veel verschillende culturen, maar berust op economische, sociale en politieke factoren. De religie, gezindheid van de familie, vrijetijdsbestending, rituelen van passages,

eten en taal werden beschreven door Bhugra et al in hun studie als belangrijke concepten van de culturele identiteit, Het is belangrijk dat culturele verschillen worden gewaardeerd en begrepen om te komen tot een correcte diagnostische indruk en behandelingsplan. (41)

De immigranten zijn steeds geconfronteerd met het proces van acculturatie in de gastlanden, deze verwijst naar de mate van identificatie door immigrant met de cultuur van het gastland en / of zijn eigen cultuur van herkomst. (42) Een positieve identificatie met de twee culturen wordt weerspiegeld in een zeer laag risico van psychische nood en omgekeerd hoger risico bij een negatieve identificatie met beide culturen. (43,44)

Migratie kan leiden tot verschillende stressfactoren: verdriet over het verlies van de familie, gevoelens van heimwee en vervreemding, culturele nuances over grappen en interpretatie daarvan, nieuwe gewoontes en levenswijzen om gewend te worden, en vaak een vreemde taal om te leren. (39) De Ghellinck A-S. heeft in zijn masterproef beschreven dat patiënten meer tevreden waren en schatten de kwaliteit van gezondheidszorg op het hoger niveau als ze in hun moedertaal raadpleegden, want ze kunnen beter functioneren in hun moedertaal tijdens consultaties. (30) Het leren van de taal van het gastland is een grote uitdaging voor asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf, want het taalgebruik is een van de drie belangrijkste variabelen van het acculturatie proces naast de perceptie van aanvaarding door de dominante cultuur en gevoel van culturele participatie. (39,40)

Taalbarrières hebben als gevolg dat patiënten minder tips zullen geven over negatieve emoties, (45) dit leidt tot een uitgebreider klinisch onderzoek, meer technische onderzoeken en langdurig administratieve procedures om te compenseren aan arme communicatie. (31)

Tolkgebruik

De taalbarrières zijn een enorme belemmering voor de toegang tot eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorgen voor de kwetsbare bevolkingsgroepen. (7,20,36) Hun complexiteit ligt in het feit dat ze komen uit veel verschillende etnische groepen met een veelheid aan talen of dialecten. De zorgverleners gebruiken zeer weinig de professionele “face-to-face” tolken of telefonische tolkdiensten in geval van taalbarrières, of hebben ze geen toegang volledige tot deze tolkdiensten (7,36) In deze situatie, blijft nog de uitdaging om de tolksproblematiek te overwinnen, want het tolkdiensten moeten altijd beschikbaar zijn in geval dat de patiënt en de gezondheidszorgverleners niet dezelfde taal spreken, en het initiatief om het tolkgebruik in te schakelen moet gesteld worden door artsen. (23,36,45)

Het tolkgebruik blijft zeer belangrijk en waardevol om te kunnen helpen bij het verkrijgen van achtergrond en relevante informatie op cultureel vlak. [7,23,27] Het kan ook leiden tot andere gevoelige of emotionele problemen zoals seksuele gezondheidsproblemen, seksuele overtreding en incestueuze situaties, gynaecologische problemen, huiselijk geweld of marteling. [23,45]

De vertaling kan gebeuren door professionele tolken, die een specifieke opleiding gevolgd heeft, en ook medische termen beheersen [27]. De vluchtelingen kunnen ook een familielid of vriend brengen om te interpreteren, [23] maar deze vertalingen benoemd als informele tolken zijn niet altijd betrouwbaar want de taalvaardigheid en zorgvuldigheid van de informele tolk zijn beperkt. [27,46] Echter is het gebruik van kinderen om te interpreteren niet geraadpleegd in literatuur, en ook niet betrouwbare noch verantwoordelijk. [23] Daarnaast kunnen tolken via telefoon zinvol zijn en daarvoor de gezondheidszorgverleners moeten leren hoe om te gaan in het werken met tolken. Er bestaan ook videotolken, deze werken met een soort “skype” met erkende tolken en intercultureel bemiddelaars uit ziekenhuizen in gans België. Het nieuw project van Moovi-tolk van het FOD Volksgezondheid is pas begonnen op 06/03/2017 met Verrept H als contactpersoon.

Priebe S et al. vermelden in hun studie dat veel artsen twee consultaties reserveerden vooral wanneer een tolk betrokken was, dit om meer tijd aan migrerende patiënten te geven en ervoor te zorgen dat ze gehoord en begrepen werden. [31] Het effect daarvan werd aangetoond in de studie van Green et al., waarin werd meen geconstateerd dat patiënten die tolken hadden gebruiken, vroegen ze meer over hun geestelijke gezondheid, vaker dan patiënten met dezelfde taal met de clinicus. [47] Uiteindelijke zijn tolkendiensten voor interpretatie en vertaling de onontbeerlijke hulpmiddelen om de democratische toegang tot gezondheidszorg te kunnen waarborgen, in respect voor burgerrechten en plichten voor iedereen. [47]

Intake gesprek

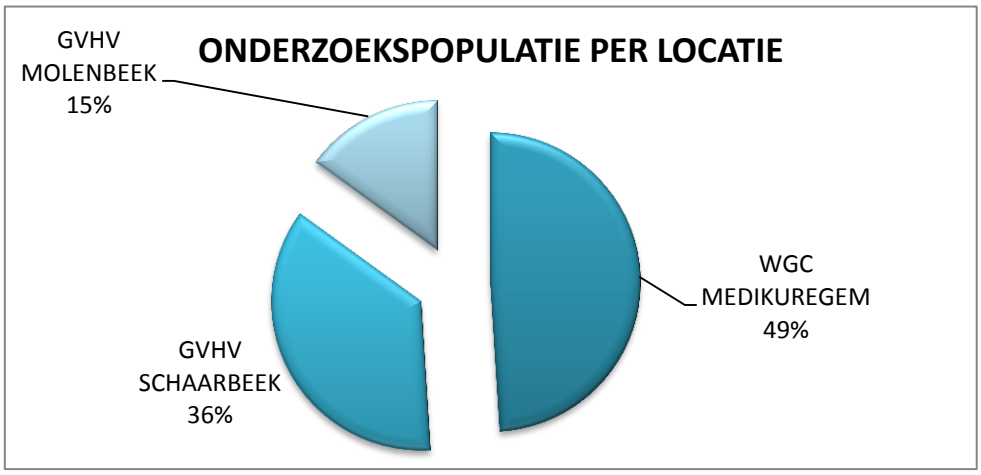
Een intake of intakegesprek is een eerste officieel en uitgebreid kennismakingsgesprek aan de hand van een standaard intakeformulier tussen de zorgverlener en patiënt om dieper in te gaan op aantal persoonlijke, medische en sociaal-administratieve gegevens. Dit proces is zeer essentieel voor de vorming van een vertrouwensrelatie en een goede therapeutische relatie. [33,34] Het is meestal het beste om de patiënt vóór de eerste sessie een aanmeldingsformulier in te vullen, zodat belangrijke informatie over de patiënt is verzameld en de hulpverlener kan

wellicht overwegen hoeveel te vragen op dit formulier en wat de meeste mensen comfortabel kunnen delen. [34]

Intake componenten omvatten het volgende (elk kan worden uitgebreid of geminimaliseerd): hoofdklacht identificeren en verkennen, persoonlijke geschiedenis en informatie nemen en het huidige functioneren beoordelen [33]. De vaardigheden die essentieel zijn voor het uitvoeren van een succesvolle intake, zijn goede communicatieve vaardigheden zoals actief luisteren, exploreren, empatisch reageren, enzovoort..

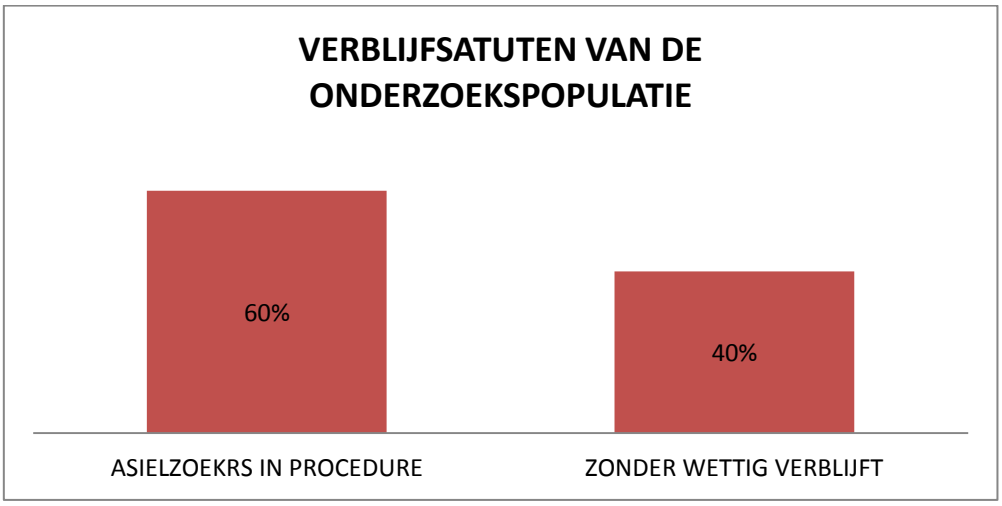
RESULTATEN

Sociale en demografische variabelen



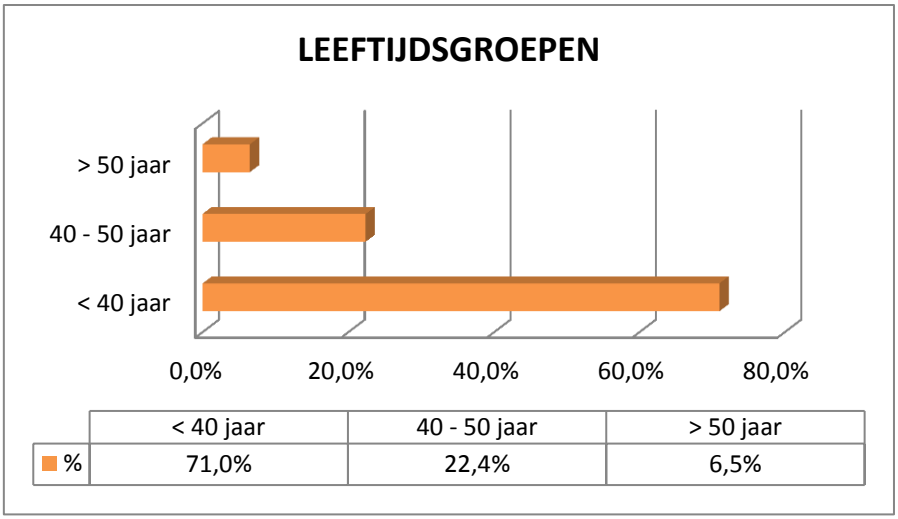
Grafiek 1. Verdeling van de onderzoekspopulatie in de 3 groepspraktijken

Op basis van aantal strikte selectiecriteria blijkt de samenstelling per locatie als volgt in mijn studiepopulatie: WGC Medikuregem 52/107 (48,6%), GVHV Schaarbeek 39/107 (36,4%) en GVHV Molenbeek 'Le Renfort' 16/15 (15%).



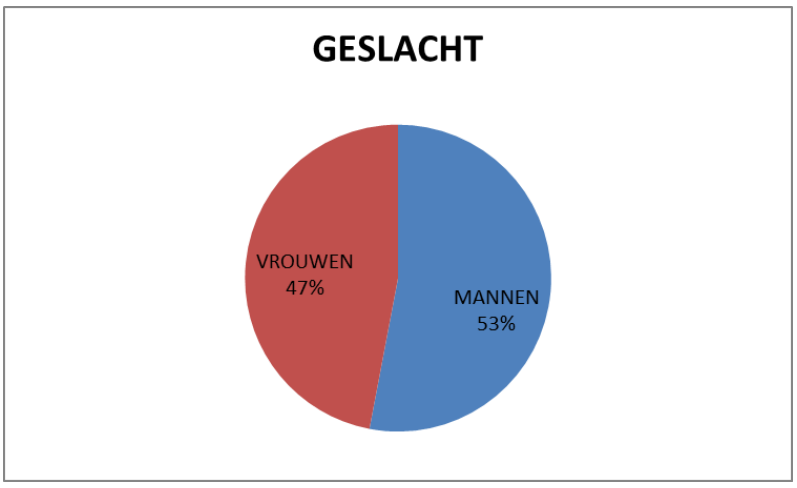
Grafiek 2. Verdeling van de onderzoekspopulatie per verblijfstatuten

Deze tabel toont een studiepopulatie van 107, waarin Asielzoekers in procedure 64 (60%) versus mensen zonder wettig verblijf of na negatieve beslissing 43 (40%).



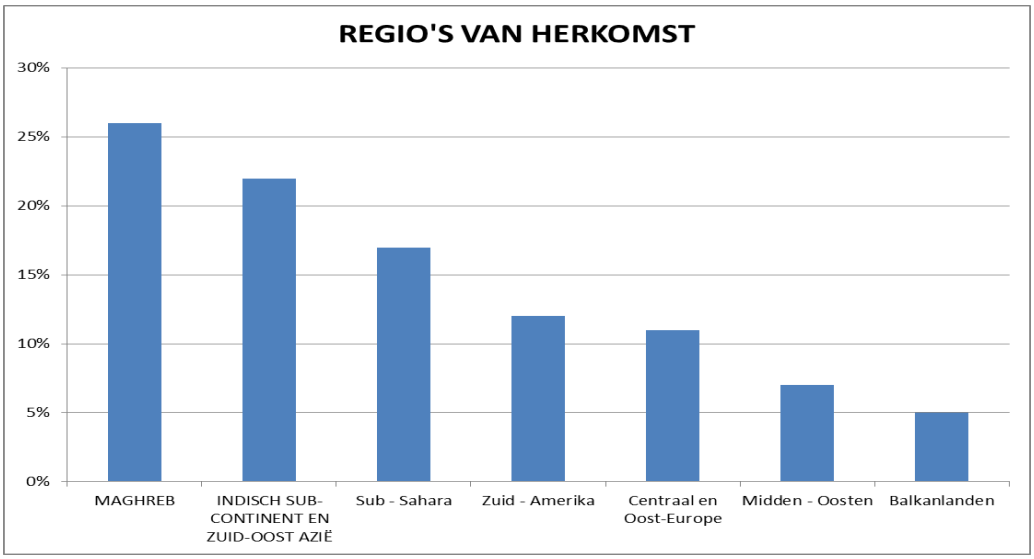
Grafiek 3. Leeftijdsgroepen van de onderzoekspopulatie

De leeftijd van onze studiepopulatie varieert tussen 15 en 72 jaar, met als gemiddelde 36±10 jaar. De meerderheid van studiepopulatie is jonger dan 40 jaar, en varieert tussen 15 en 39 jaar (71%), dat wordt ook gerapporteerd in literatuur. [12] Daarnaast is er ongeveer een vierde tussen 40 en 50 jaar (22,4%) en boven de 50 jaar (6,5%), waarbij slechts 2 patiënten ouder dan 65 jaar zijn.



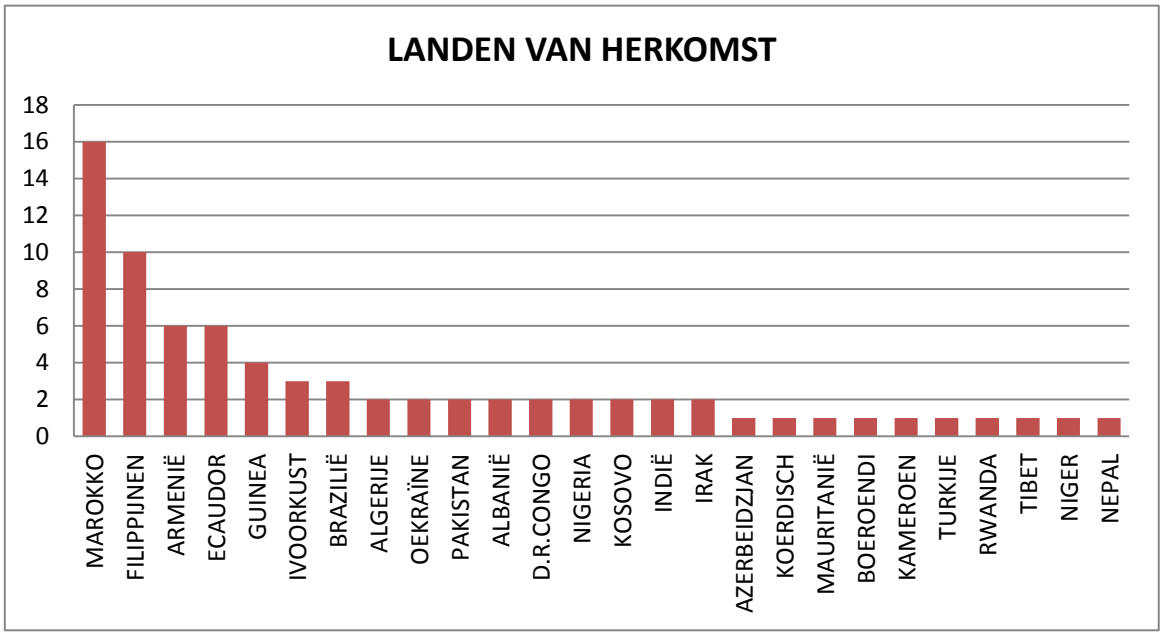
Grafiek 4. Verdeling van het geslacht van onderzoekspopulatie

Geen groot verschil tussen mannen en vrouwen, (53,3 %) versus (46,7 %). Het geslachtsverschil wordt niet diepe bekeken naast andere variabelen gezien ontbrekende data op dossiers.



Grafiek 5. Regio's van herkomst

In verband met het regio van herkomst of nationaliteit van patiënten, kan men 7 groepen onderscheiden: het meeste komen uit Noord-Afrika met (25,7%), dan uit Indisch Subcontinent en Zuidoost Azië (21,6%) en uit Sub-Sahara Afrika (12,1%).

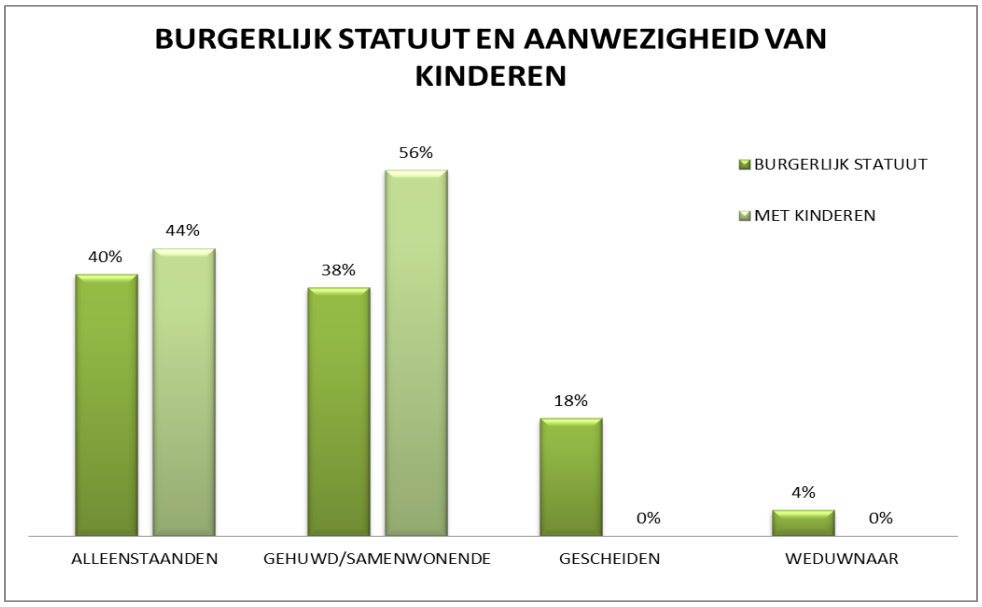


Grafiek 6. Landen van herkomst van onderzoekspopulatie

Over nationaliteit of landen van herkomst is het belangrijk eerst de cijfers vanuit CGVS van 2015 te bekijken en daarna vergelijken met wat blijkt uit Grafiek 3. In 2015 worden in totaal 35476 aantal dossiers voor asielaanvraag behandeld tegen 17213 een jaar voordien, dit is een

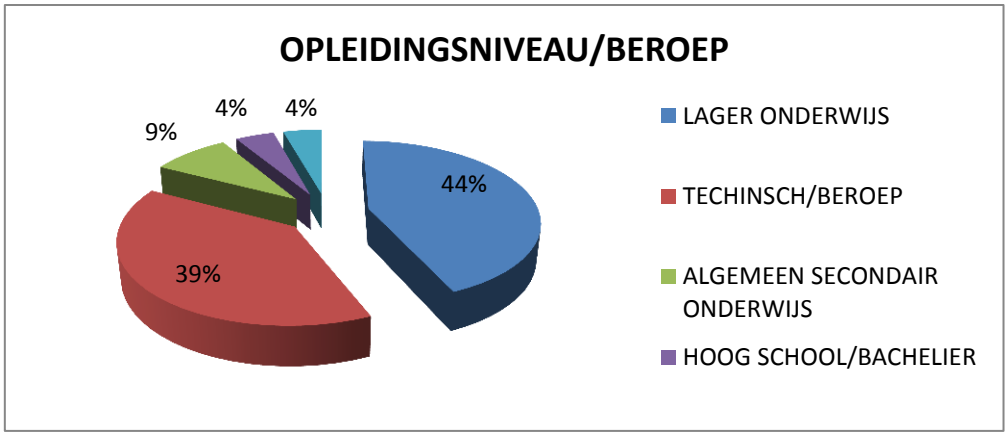
grote stijging sinds 2010 waar het grootste cijfer van aantal asielaanvragers werd geregisterd in afgelopen decades met 42691. [14] De meeste aanvragers voor Europa zijn burgers uit Syrië, de landen van westelijke Balkan en Afghanistan.

Het land van herkomst of nationaliteit wordt gemeld bij 74 (69,2%) voor alle drie locaties. Deze verdeling is niet gelijk met de meeste nationaliteiten van asielaanvragers zoals hierboven gezegd op federaal niveau et Europa in 2015. Maar onze studie gaat niet alleen over asielaanvragers, maar ook mensen zonder wettig verblijf, soms die werden een asielaanvraag ooit ingediend bij CGVS. Integendeel is Noord Afrika (Marokko) op het top van piramide 19 (17,8%) gevolgd door Indisch Subcontinent en zuid-Azië 16 (15%), Sub - Saharisch Afrika 13 (12,1%), Zuid-America 9 (8,4%), Centraal en Oost-europa 8 (7,5%) en tenslotte Midden-oosten 5 (4,7%) en Balkanlanden 4 (3,7%). Deze divergentie kan eerst een kwestie van toeval beschouwd worden. Verder kan dit ook verklaard worden door het gebrek aan data in medische dossiers over andere landen van herkomst.



Grafiek 7. Burgerlijk statuut en aanwezigheid van kinderen

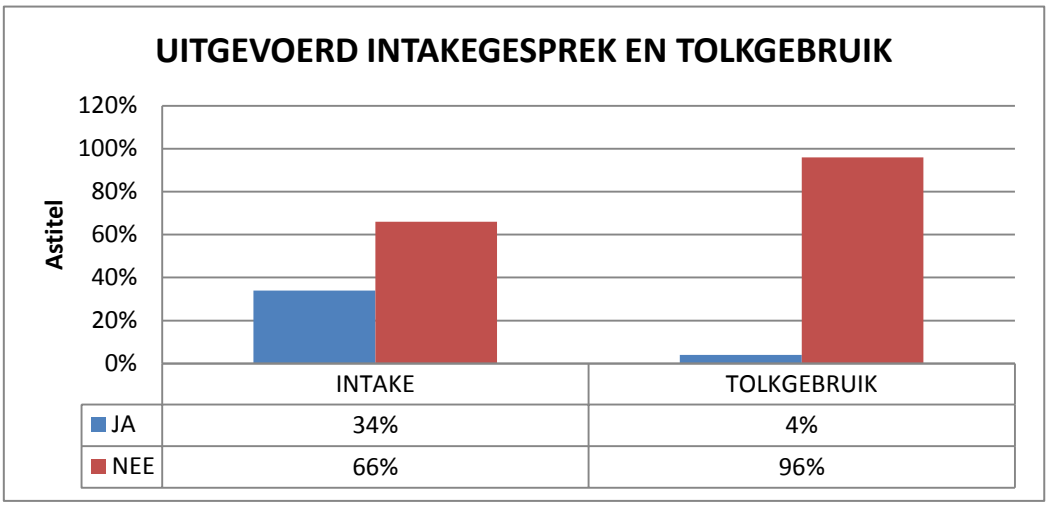
Bij meer dan de helft wordt het burgerlijke statuut niet gemeld 62 (57,9 %). Voor de genoteerd burgerlijke statuten in dossier, hebben wij 18 (40%) alleenstaanden, 17 (38%) gehuwd/samenwonende, 8 (18%) gescheiden en slechts 2 (4%) weduwnaar. Het tabel II. toont dat de aanwezigheid van kinderen per burgerlijk statuut wordt genoteerd in slechts 21,5% van dossiers versus ‘missing value’ in 81,5% van dossiers.



Grafiek 8. Opleidingsniveau van onderzoekspopulatie

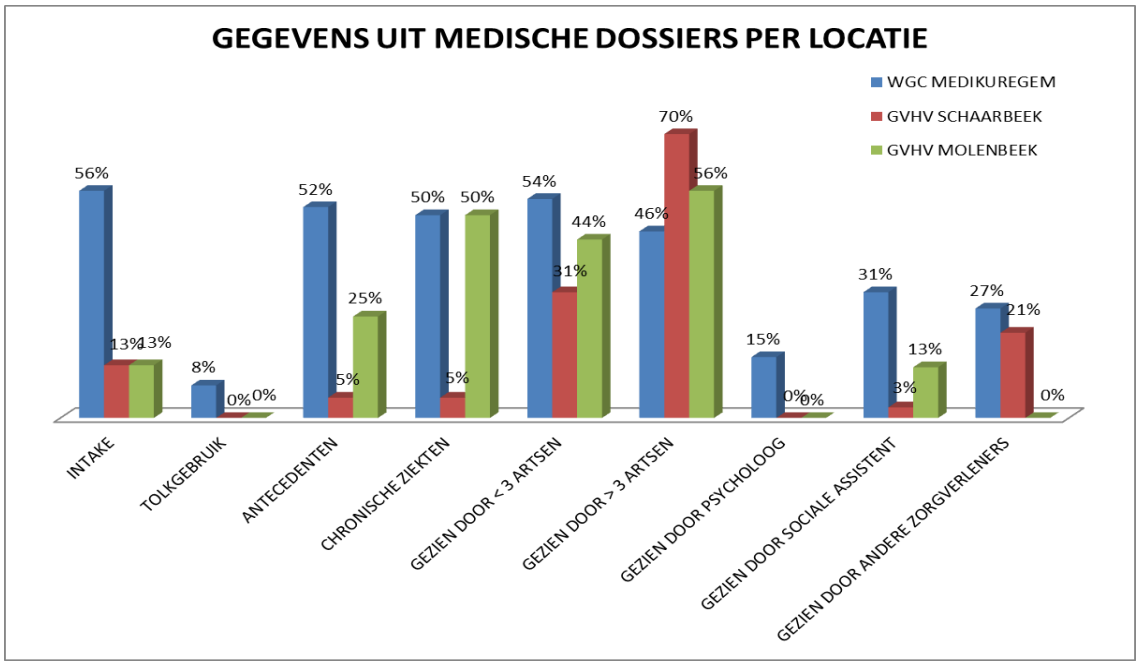
Toch wordt het opleidingsniveau gerapporteerd bij slechts 23 patiënten (21,5%), waarin het lager onderwijs 10 (9,3%), Beroep/technisch 9 (8,4), ASO 2 (1,9%), Hoge School 1 (0,9 %) en Universitair niveau 1 (0,9%). Het werkelijke profiel van het opleidingsniveau en de invloed ervan op andere gezondheidsparameters kan niet worden vastgesteld, omdat op 84 dossiers (78,5%) het opleidingsniveau of beroep niet vermelden worden. Toch wordt het effect van opleidingsniveau op "health literacy" besproken verder in discussie.

Data's uit elektronische medische dossiers



Grafiek 9. Uitgevoerd intake en tolkgebruik in de 3 groepspraktijken

De uitvoering van een intakegesprek wordt gemeld in dossier bij slechts 36 (33,6 %) tegen 71 (66,4%) zonder melding over intake. Meer dan helft van studiepopulatie bij Medikuregem wordt intake ingevuld (55,8%) tegen ongeveer 13% bij andere locatie. Het tolkgebruik wordt genoteerd in slechts 4 dossiers (3,7%) en bij Medikuregem alleen.

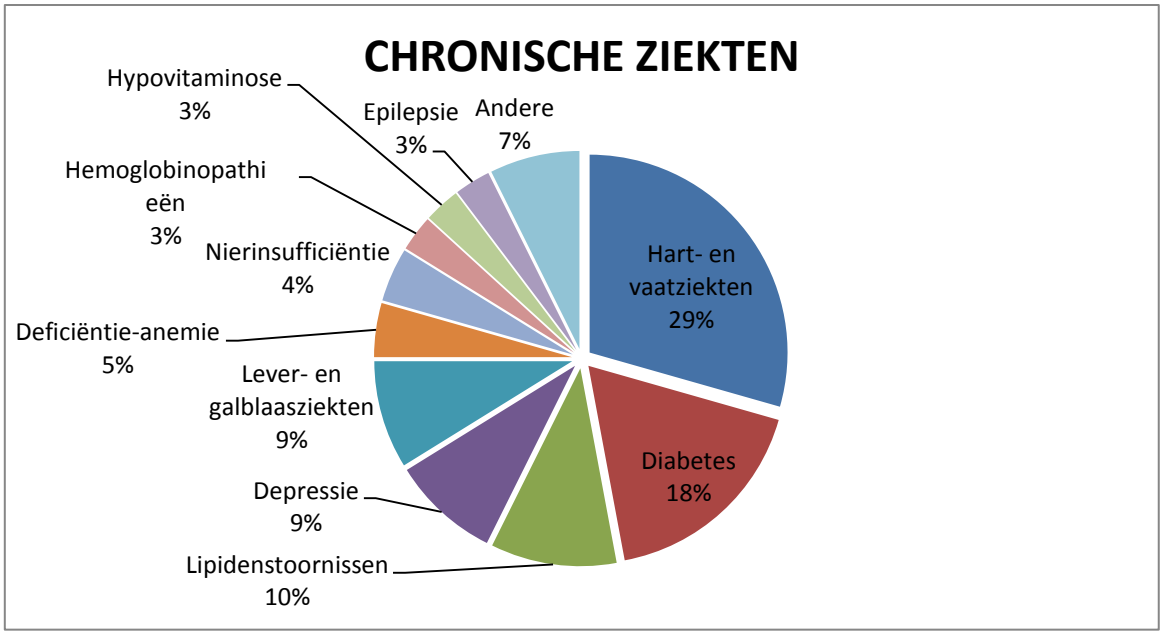


Grafiek 10. Data's vanuit medische dossiers per locatie

Intakegesprek wordt uitgevoerd bij WGC Medikuregem meer dan in de twee andere locatie, en ondanks zeer weinig tolkgebruik, slechts 4 malen gemeld op dossiers, en vooral bij Medikuregem. De antecedenten en chronische ziekten worden genoteerd in ongeveer 50% van dossiers bij Medikuregem en bij 'Le Renfort' behalve antecedenten aanwezig in 25% van dossiers. Daarnaast worden deze in slechts 5% van dossier bij GVHV schaarbeek.

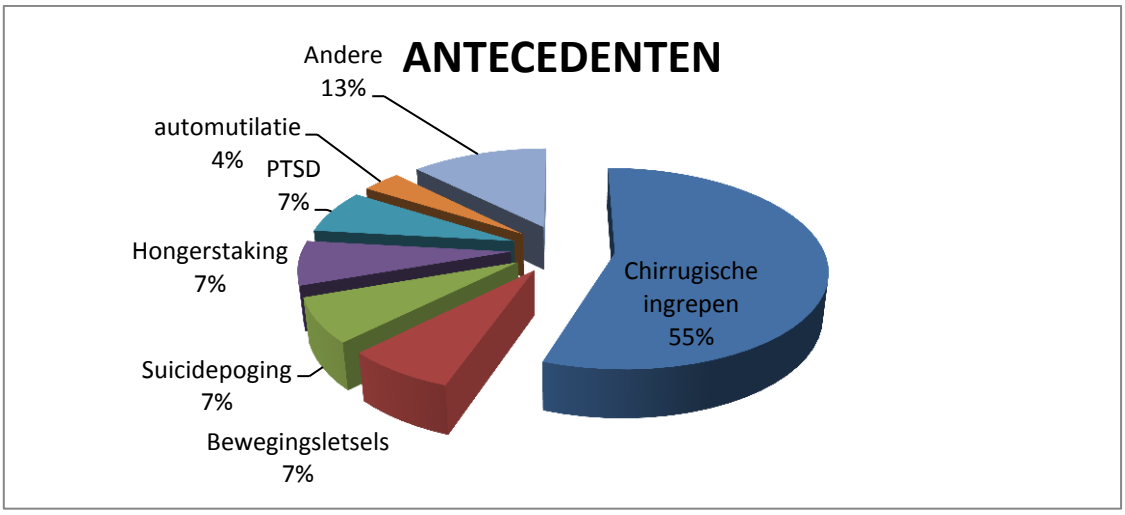
Slechts 22 patiënten (20,6%) worden gezien door een andere hulpverlener dan de arts binnen het wgc, zoals verpleegster, diëtist, vroedvrouw, gezondheidspromotor. Het blijkt dat 19 patiënten (17,8%) contact hebben gehad met sociaal-maatschappelijk werk en Medikuregem zelf telt er 16 (15%). Daarnaast is bij 8 (7,5%) gemeld dat zij gezien werden door een psycholoog, alle 8 in Medikuregem.

De invulling van medische dossiers en uitvoering van tal procedures en multidisciplinaire werk, lijkt Medikuregem op de goed baan. Maar dat kan niet bevestigen worden in deze studie gezien flexibiliteit en beperking van de onderzoekspopulatie. Medikuregem lijkt een sterkte organisatie te hebben en telt tot 31 hulpverleners voor een populatie van ongeveer 4411. De twee andere WGC's blijken weinig hulpverleners te hebben ten opzichte van hun respectieve populaties. GVHV Schaarbeek heeft 16 hulpverleners voor een populatie van ongeveer 3000 en slechts 11 hulpverleners voor een populatie van ongeveer 1700 bij GVHV Molenbeek.



Grafiek 11. Chronische ziekten op medische dossiers

De meeste chronische ziekten in EMD zijn Hart- en vaatziekten (29%), Diabetes (18%), Lipidenstoornissen (10%), Depressie en lever- en galblaasziekten met gelijk (9%).



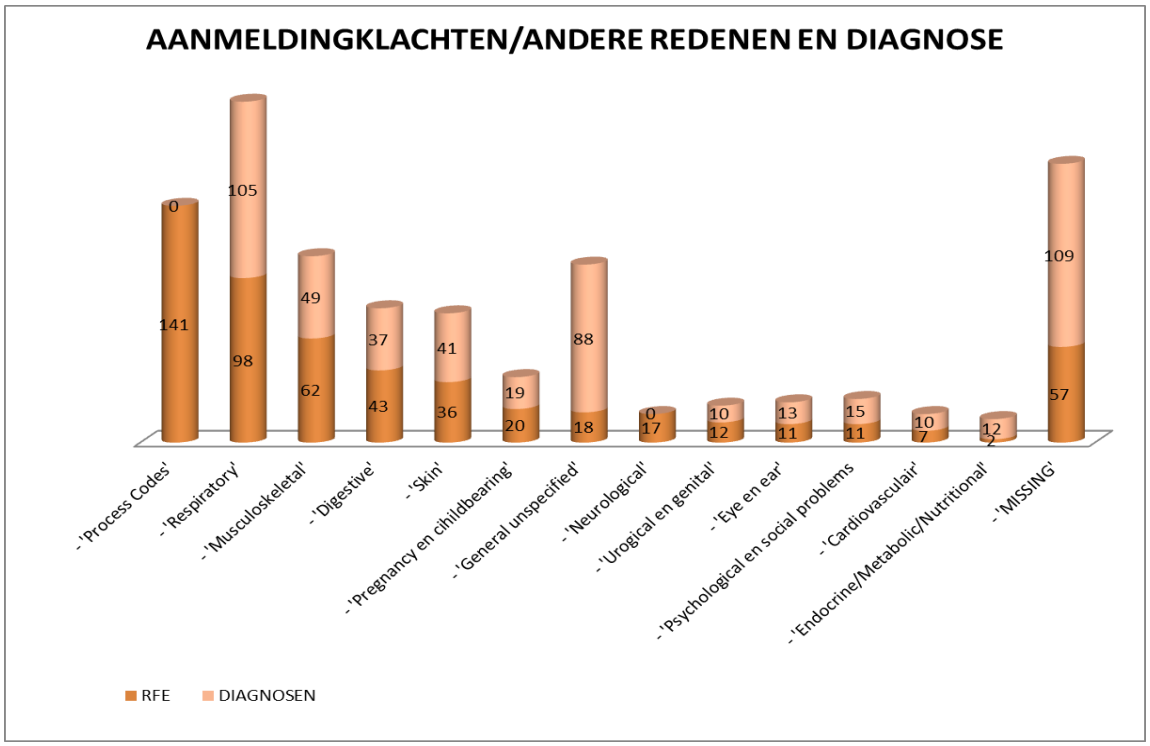
Grafiek 12. Antecedenten op medische dossiers

De chirurgische ingrepen worden meer gemekt in het rubriek van antecedenten, en daarin volgende ingrepen zijn aan de kaart gekomen ; appendectomie, cholecystectomie, exploratieve laparotomie, keizersnede, hysterectomie, amygdalectomie en mamoplastie.

Vanuit tabel VI zijn in 2015 zijn meer dan 2/3minstens 5 keren of meer 74 (69,5%) op raadpleging gekomen. Gedurende de hele studieperiode worden 59 % van de patiënten gezien

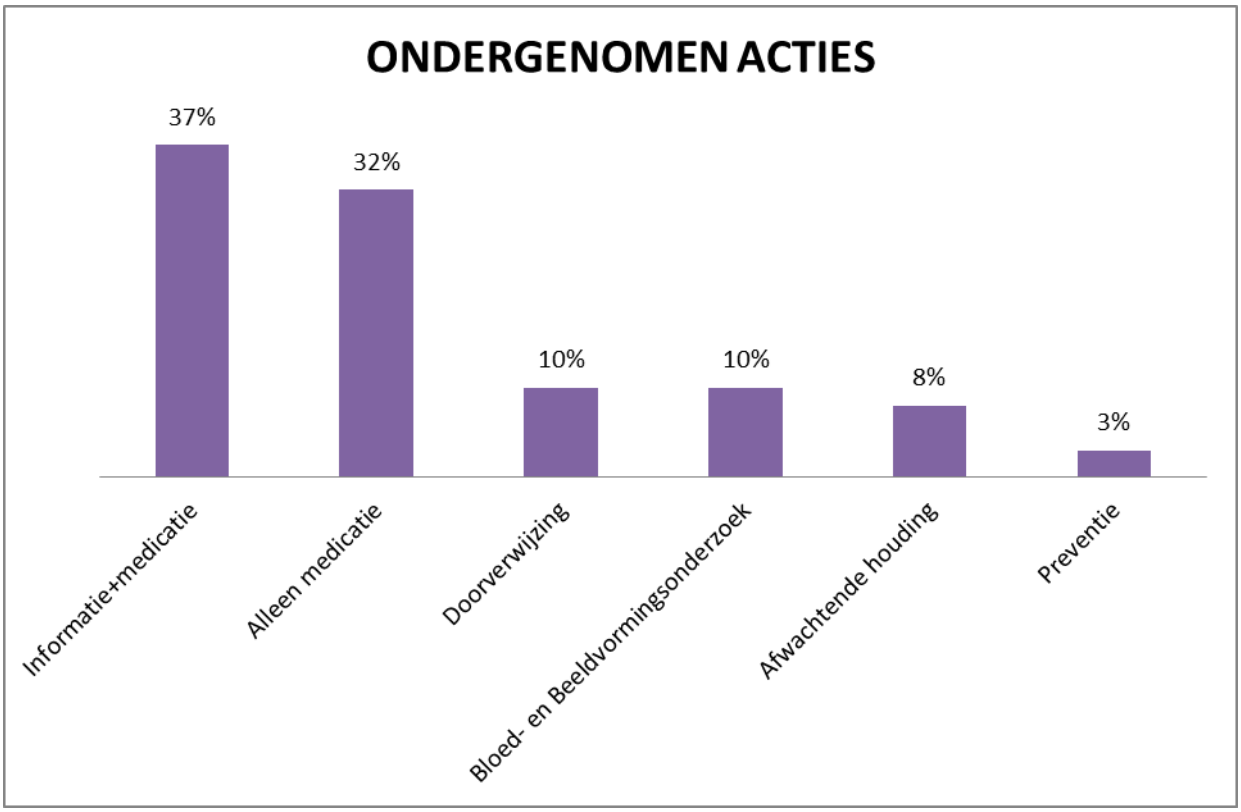
door minstens 3à4 verschillende artsen of meer. Het blijkt dat 16 patiënten (15%) in een andere praktijk geweest zijn tegen 12 (11,2%) die expliciet verklaren dat het hun allereerste praktijk is.

Medische parameters



Grafiek 13. Verdeling van aanmeldingsklacht/RFE en diagnose

De aanmeldingsklachten of aanmeldingsredenen, diagnosen en acties worden telkens systematisch opgezocht tot 5 keren maximum per patiënt in het medisch dossier. Het blijkt dat 26,4% van klachten vallen onder het categorie van 'Process code'. Dit bevat alle lichamelijke en diagnostiek onderzoek verrichting, preventie verrichting, voorschriften en verschillende toediening van medicatie of andere therapie, advies en overleggen, verslagen, verwijzingen, administratieve verrichtingen en andere redenen voor contact (meer gedetailleerd op ICPC-2-English in bijlage). Na 'Process codes' komt 'Respiratory' (18,3%) als tweede categorie, gevolgd door 'Musculoskeletal' (11,6%), 'Digestive' (8%) en 'Skin' (6,7%). 'Psychological/social problems' met slechts (2,1 %). De meerderheid van diagnosen valt in de categorie 'Respiratory' 105 (19,6%) gevolgd door 'General and Unspecified' 88 (16,4%) en 'Musculoskeletal' 49 (9,2%). 'Psychosocial/social problems' categorie betreft slechts 15 vermeldingen (2,8%).



Grafiek 14. Verdeling van ondergenomen acties

De levering van informatie gekoppeld aan medicamenteuze behandeling springt eruit als de meest frequente actie 137 (25,6%), gevolgd door gewone medicamenteuze behandeling 118 (22,1%), doorverwijzingen naar tweede lijn en aanvullende explorations worden gemeld bij ongeveer 7 % voor elk van hen. Tenslotte zijn preventieve acties de laatste van de klas met slechts 2,1 %.

Bloedonderzoek is minstens één keer gebeurd bij 53 (49,5%) en ook voor medische beeldvorming (echo, rx, ct, ...) bij 52 (48,6%). Zowel bloedonderzoeken als medische beeldvorming zijn meestal gebeurd bij personen jonger dan 40 jaar.

DISCUSSIE

Organisatie per locatie

Deze studie stelde zich als taak de exploratie van de sociaal-demografische kenmerken van 2 kwetsbare groepen en evaluatie van het gebruik van het gezondheidszorgsysteem. Het betreft asielzoekers in procedure en personen zonder wettig verblijf die in 2015 hadden geconsulteerd op 3 locaties in Brussel, namelijk WGC Medikuregem, GVHV Schaarbeek en GVHV 'Le Renfort'. De laatste twee WGC behoren tot een netwerk van 11 groepspraktijken gelinkt aan de PVDA. Bijna alle resultaten zijn gebaseerd op de beschikbare gegevens van de medische dossiers. Medikuregem heeft een grote stuk van de onderzoek populatie, dit kan enerzijds kan dit verklaard worden door de omvang van de globale populatie per locatie en aan de anderzijds door de aanwezigheid van andere eerstelijnszorgstructuren in de omgeving.

Sociale en Demografische aspecten

In deze studie wordt bekeken naar de sociale en demografische kenmerken van de onderzoekpopulatie zoals de leeftijd, het geslacht, land van herkomst, de taal, het opleidingsniveau, burgerlijke statuut en de familiale situatie. Meer dan drie vierde daarvan ontbreken op de elektronische medische dossiers van asielzoekers en zonder wettig verblijf in de drie locaties. Er blijkt geen duidelijke en objectieve argumentatie ven dit gebrek. Als belangrijkste predisponerende en beïnvloedbare factoren, de impact van deze sociaal-demografische kenmerken is niet te demonstreren op de belemmering of bevordering van het besluitvormingsproces ("Share Decision Making") in de begeleiding van patiënt. [56,57]

Leeftijd en geslacht

De onderzoekpopulatie is gemiddeld vrij jong (onder de 40), en geen grote geslachtverschil tussen mannen en vrouwen zoals wat blijkt in de literatuur. [10] Dus wordt verder het geslachtverschil niet vergelijken of geanalyseerd in functie van andere parameters gezien zo veel "missing values".

Landen van herkomst

Het Afrika (Noord en Sub-Sahara) wordt gemeld als eerst regio van herkomst van de asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf die geraadpleegd hebben in de drie locaties.

Daarnaast komen ook Indisch Subcontinent en zuid-Azië, Zuid-America, Centraal en Oost-Europa, Midden-Oosten en Balkanlanden als regio's van herkomst. Marokko is de top land van herkomst in de onderzoekpopulatie, gevolgd door Filippijnen, Armenië, Ecuador, Guinea enz. Deze verdeling reflecteert niet het algemeen beeld van nationaliteiten van asielaanvragers volgens CGVS de zelfde jaar dan deze onderzoek. [14] Dit kan wel verklaard worden door het feit dat die van CGVS over federaal niveau voor hele België, terwijl deze studie betreft drie Brusselse wijken. Bovendien kan ook het feit dat de asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf het vaakst komen wonen in de wijken overheerst door hun eigen cultuurgemeenschap, een rol van betekenis spelen. Als bijvoorbeeld Marokko geen toeval is, dat kan verwezen worden naar het studiemilieu (Anderlecht, Schaarbeek en Molenbeek) waar de WGC's gelegen zijn, en worden bewoond in meerderheid door de vreemdelingen uit Afrika (Maghreb meestal).

Opleidingsniveau

Het opleidingsniveau, als andere variabelen, wordt niet gespaard door vergeetachtigheid om dit na te vragen en noteren in tal dossiers. Toch blijkt er dat onze onderzoekpopulatie op lager onderwijs en beroeps- en technische niveau is. Volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), kan "health literacy" vertaald worden als "gezondheidsvaardigheid", het is wel geweten dat het opleidingsniveau een cruciale rol speelt in "health literacy". [56,58] Dat telt zowel voor de fysieke gezondheid als voor geestelijke gezondheid. en ondanks dat mensen hoog opgeleide leven langer en in goed gezondheidstoestand, maar het blijft nog onbekend hoe dat precies werkt. [58] Voor een huisarts is "health literacy" een belangrijke factor om mee te nemen in communicatie en "Shared Decision Making." [56,57]

Communicatieproblemen

Taal en tolkgebruik

In slechts heel weinig dossiers worden de taal van de patiënt en het tolkgebruik vermeld. Dit terwijl uit literatuur ondertussen zeer duidelijk is hoe vaak taalbarrières voorkomen bij deze populatie [35,36,45,56] en hoe groot de risico's zijn door een taalbarrière (risico op misverstanden, onvolledige informatie-uitwisseling, medische fouten …). [7,36,45,56] De taal en

tolkgebruik hebben een grote invloed tot de toegang tot gezondheidszorgen. [18,20,27,56] Ervoor worden volgende redenen opgegeven in de schriftelijke interviews door locaties :

Voor WGC Medikuregem: er is in het EMD maar plaats voor één taal, patiënten zijn vaak meertalig: moedertaal, taal van school of werk, taal van de familie etc. Er wordt niet systematisch beslist om een tolk in te schakelen zelfs als het zonder tolk niet lukt. Ze werken ook soms met videotolken. Als dat niet lukt, is er nog Babel, de tolkentelefoon.

Voor GVHV Schaarbeek: er wordt de taal genoteerd maar enkel of patiënt Nederlands of Franstalig is, dit geldt als interne informatie voor het doorsturen van hun 3 maandelijks tijdschrift. Dit wordt idealiter genoteerd in het EMD bij intake. Er is geen rubriek waar moedertaal van de patiënt ingevuld wordt indien die verschild van Frans of Nederlands. Meestal wordt de tolkenrol gespeeld door de anderstaligen die op de praktijk werken, de familie/vrienden die vergezellen, telefoon naar thuisfront, voor Roma's schakelen ze Babel in. De inschrijving voor het videoconsultatieproject ICB (Moovi-tolk cfr supra) van het FOD Volksgezondheid (contactpersoon H Verrept) blijft bestaan als een alternatief voor de vertaling in GVHV Schaarbeek.

Voor GVHV Molenbeek: De facto is het de bedoeling dat de taal van de patiënt systematisch en op de juiste plaats genoteerd wordt in de EMD door de eerste hulpverlener die patiënt op consultatie ziet en het dossier aanmaakt. Dit gebeurt dan echter niet altijd correct, en kan dan later aangevuld worden bij volgende consultaties. Soms wordt dit vergeten. Ze schakelen bijna nooit tolken in, anderstalige patiënten met onvoldoende talenkennis komen altijd met een familielid of ander gezelschap die voldoende Frans/Engels/Nederlands/Spaans kent om de consultatie vlot te laten verlopen.

Het is belangrijk om expliciet aandacht te geven aan de sociaal-culturele dimensie van de ziekte ervaring [48,49], en de taal als het kernkenmerk van een cultuur moet vermeld worden bij elke patiënt om eventueel een tolk te kunnen inschakelen. In algemeen wordt aanbevolen om een professionele tolk in te schakelen bij vermoeden van psychosociale of psychiatrische klachten (50,51,52). De studie van *Blöchliger in 1994* toont aan dat de tolken significant vaker aanwezig waren bij patiënten met psychische/psychosociale diagnoses dan mensen met somatische diagnoses (72% vs. 55%). [54] De professionele tolk kan hier een positieve invloed hebben op de patiënten en hun naasten door expliciet uitleg te geven over de werkwijze van

gezondheidszorgsysteem (bv geestelijke gezondheidszorg) en daarmee de drempel van verwijzing verlagen. [53,54]

Intake of intakegesprek

Het proces van intake blijft zeer cruciaal om de relatie arts-patiënt op te bouwen, dit kan naast tolkgebruik, veel gemakkelijker en efficiënter leiden tot uithalen van de achtergrond van vluchtelingen zoals gemeld in de literatuur. [33,34,36] Het is opvallend dat er zeer weinig intakegespreken uitgevoerd wordt op basis van de informatie uit de elektronische medische dossiers. Argumentaties daarvan per locatie zijn als gevolgd:

Voor WGC Medikuregem: Het blijkt dat een raadpleging overal 20 minuten duurt. Bij Medikuregem duurt een consultatie systematisch 40 minuten bij nieuwe patiënten en bestaat er een standaard vragenlijst voor de intake die overlopen wordt en ingevuld.

Voor GVHV Schaarbeek: consultatie duurt 20 of 40 minuten indien nodig voor nieuwe patiënten inbegrepen asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf. Intake bij GVHV Schaarbeek kan niet allemaal tijdens het eerste consult gebeuren (zeker als er ook een acute klacht is). Dan wordt patiënt gevraagd terug te komen. Ook aan het onthaal moet bijvoorbeeld het contract forfait getekend worden, familiedossiers bijeen gezet worden enz.

Voor GVHV Molenbeek: hier is een opvolgconsultatie voorzien voor patiënten om het EMD te vervolledigen met antecedenten, gegevens uit vorig dossier. Maar ze werken niet met een systematische intakeformule met een standaardformulier en een aangepaste consultatieduur. Ze maken wel afspraken met het medisch team over welke gegevens belangrijk zijn en die zeker bij een eerste consultatie in het EMD moeten ingevuld worden: belangrijke antecedenten, allergieën, beroep/werkgever, administratieve status (mutualiteit, AMUkaart, OCMWsteun), land van herkomst.

Het intakegesprek is een belangrijk moment bij alle patiënten om de relatie arts-patiënt opbouwen [33,34], en zeer cruciaal wat betreft de grote diversiteit van kwetsbare populaties (vluchtelingen en asielzoekers/zonder wettig verblijf). Ondanks strategieën van elke WGC over intake bij het eerste consult of vervolgconsult, missen wij veel nuttige informatie bij meerderheid van onze studiepopulatie. Dat betreft de taal van patiënten, hun landen van herkomst of nationaliteit, medische voorgeschiedenis en de etnische achtergrond, burgerlijke status, familiale situatie, het niveau van opleiding of beroep, het tolkgebruik, enz. Deze

parameters lijken de belangrijkste determinanten om adequate gezondheidszorgen te kunnen verstrekken aan de vluchtelingen en asielzoekers/zonder wettig verblijf. (56)

Medische aspecten

Frequentie van raadplegingen

Er wordt echter opgemerkt, dat meer dan de helft wordt gezien door minstens drie artsen of meer tijdens de studieperiode. Daarnaast is meer dan twee derde van studiepopulatie zijn veel op raadpleging gekomen, gemiddelde aan 5 keren of meer alleen in 2015. Deze verandering in opkomst bij verschillende zorgverleners, kan beschouwd worden als toevallig of in verband met de onbeschikbaarheid van de zelfde arts. Anderzijds kan dit niet alleen verklaard worden door de onwetendheid over Belgisch gezondheidszorgsysteem, maar ook door het gebrek aan een intakegesprek. Eerder raadpleging in een andere praktijk wordt er niet gemeld bij meer dan twee derde van studiepopulatie. Dit lijkt belangrijk voor de continuïteit van de zorg via de uitwisseling van nuttige gegevens.

Antecedenten en chronische ziekten

Zowel de medische antecedenten als persoonlijke en familiale antecedenten van de patiënten en het bestaan van chronische ziekten worden niet gemeld in de meeste gevallen. Dit kan verklaard worden door het gebrek aan tijd van de kant van de hulpverleners gezien het een kwetsbare en complexe populatie betreft die zeer veel tijd opslorpt voor de administratieve taken en ook langdurig klinisch onderzoek en aanvullende test, deze door cultuur- en taalbarrières (31). In mijn studiepopulatie worden in meerderheid chirurgische antecedenten gemeld, en hart- en vatziekten, diabetes en lipidenstoornissen als belangrijke chronische problemen die, parallel aan die van de literatuur vergelijken. (24,25,26)

Aanmeldingsklachten (redenen) en diagnosen

Bij de verwerking van gegevens uit EMD, moesten de aanmeldingsklachten of redenen van consult en Diagnosen onmiddellijk gecodeerd worden op basis van ICPC – code online van NHG en ICPC-2 – English in de mate van mogelijke. De klachten of redenen en diagnosen weerspiegelen wat wordt gemeld door patiënten op verschillende raadplegingen en op het EMD gerapporteerd in het mate van mogelijke. Inderdaad worden volgende categorieën van problemen gemeld: administratieve behoeften en andere redenen “Process code”; infecties

ademhalingsproblemen, spijvertering, bewegingsapparaten letsels, huidletsels en algemene en niet gespecifieerde problemen. Deze beelden van klachten en diagnosen zijn niet in tegenspraak met de literatuur, behalve van opvallende weinige melding van mentale en psychosociale problemen op dossiers. [18,20,23,30]

Mentale en psychosociale problemen

De score van diagnosen in verband met 'Psychological/Social problems' blijft toch lager. Dat toont geen groot verschil in vergelijking met de aanmeldingsklachten. Is deze situatie te wijten aan de patiënt zelf of aan de hulpverleners? Het weinig gebruik van een (professionele) tolk in mijn studie kan als gevolg hebben zoals gerapporteerd door veel auteurs dat de huisarts niet achter de ware aard van de psychosociale klachten kan komen. [49,53] Anderzijds kan de uitleg gevonden worden in het feit dat de patiënt zeer onzeker en angstig is om zijn verhaal te vertellen met meer kans te worden afgewezen ( ). Anderzijds hebben misschien de hulpverleners geen interesse voor 'Psychosocial/Social problems' of weinig competentie om deze na te vragen.

Hieronder vindt men de reacties van WGC over het systematisch navragen van 'Psychological/Social problems' bij kwetsbare populaties als vluchtelingen en asielzoekers of zonder wettig verblijf:

Voor Medikuregem: worden psychosociale problemen wel nagevraagd met een standaardvraag ' wat is uw eerste zorg als u 's ochtends wakker wordt'.. antecedenten psychosociaal worden niet systematisch nagevraagd. Dit is wel belangrijk en wordt best door de huisarts gevraagd. Ze zullen er meer aandacht voor hebben. Een goede vraag kan zijn bij een eerste intakegesprek: 'is er iets gebeurd in uw leven dat belangrijk is dat ik het weet, als uw nieuwe huisarts? Niet perse medisch'. De huisarts of andere hulpverleners hebben geen competenties over psychotrauma en dat zou wel een meerwaarde zijn.

Voor GVHV Schaarbeek: wordt geen onderscheid gemaakt tussen patiënten met of zonder wettig verblijf wat betreft psychosociale problemen. Meestal gebeurt het navragen over psychosociale problemen door de huisarts maar ook de verpleegkundige, psycholoog of sociaal assistente hebben hier aandacht voor. De patiënten zonder wettelijk verblijf betalen niet voor de consultaties, zoals het forfait patiënten. Dit is een vorm van solidariteit tussen patiënten. Indien er zich ernstige psychotraumata voordeden zal dat in het medisch dossier

vermeldt staan, bij ernstige problemen worden patiënten doorverwezen naar de psychologen ELP, die dankzij de subsidies ook mensen zonder papieren gratis zien.

Voor GVHV Molenbeek: worden psychosociale problemen bij al hun patiënten nagevraagd, dus ook bij asielzoekers/zonder wettig verblijf. Bij deze laatsten hebben ze er extra aandacht voor, omdat er vaak traumatische gebeurtenissen een rol spelen bij hun huidige gezondheidsproblemen. Ze gebruiken geen specifieke tools hiervoor. Ze noteren de belangrijkste elementen in het EMD. Het is zeker belangrijk als huisarts om de psychosociale achtergrond van je patiënten zonder papieren te kennen, dit is essentieel om hen goede geneeskunde aan te bieden. In hun praktijk speelt de gezinstherapeute soms ook een rol in de aanpak van psychosociale problemen bij mensen zonder papieren. Helaas is het moeilijk om deze mensen door te verwijzen naar meer gespecialiseerde diensten (vb. geestelijke gezondheidszorg). Als de huisarts aanvoelt dat de patiënt belangrijke psychosociale problemen heeft, stelt hij voor om hier dieper op in te gaan tijdens een volgend consult. Het moet duidelijk zijn voor de patiënt dat psychosociale problemen een belangrijke factor zijn in zijn globale gezondheid en dat we ons als huisarts hieraan interesseren en ons engageren om mee te zoeken naar oplossingen. Het is duidelijk dat zo goed als alle mensen zonder papieren in sociaal precaire omstandigheden leven en dat dit een bedreiging is voor hun gezondheid.

Ondanks het belang hierboven aangehaald door elk WGC wat betreft navragen over psychosociale problemen, zijn hun inspanningen in tegenspraak met de resultaten van deze studie. Dat kan nog verklaard worden door het gebrek aan bruikbare gegevens in de meerderheid van de medische dossiers als gevolg van zeer weinig intakegespreken, geen informatie over moedertaal of taal van substitutie, weinig vermeldingen van burgerlijke status en familiale situatie, enz.

Ondergenomen acties

Uiteindelijk blijkt dat medicamenteuze behandeling met levering van informatie en gewoon medicamenteuze behandeling de belangrijkste ondernomen acties zijn. Maar de preventieve acties in deze kwetsbare bevolking wordt zeer weinig gemeld, hoewel Pavli A en Maltezou H. in hun recente studie zeggen hoe het voorkomen van ziekten door vaccins is van allergrootste belang. [20] De sociaal-culturele achtergrond van deze populatie kan hier wel een impact hebben door hun de perceptie over ziekten en van verschillende curatieve of preventieve methoden in gastland. [29,39,42,43] Hierbij is nog belangrijk te vermelden dat, om een goed

intakegesprek met genoeg tijd uit te voeren systematische bij kwetsbare bevolking, gebruik van tolkdiensten te maken of beter diensten van een interculturele bemiddelbare assistent solliciteren.

CONCLUSIE

Het lijkt in deze studie dat de gezondheidszorgen van asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf niet optimaal zijn op basis van hun EMD. Tal dossiers hebben vele ontbrekende gegevens zowel qua sociale en demografische kenmerken als de gezondheidsparameters bij de drie WGC's.

De nood aan grondige intake bij deze doelgroep is zeer essentieel omwille van hoger risico op zowel allerlei fysische als mentale en psychosociale problematieken in kwetsbare bevolking, asielzoekers en mensen zonder wettig verblijft. Ook omwille van hun vaak complexe voorgeschiedenis door lange asielprocedures, tijd doorgebracht in vluchtelingenkampen en detentiecentra, angst voor verlies van vrijheid en sociaal stabiliteit, breuk met hun oorspronkelijke ruimte en pijn van scheiding met hun familie, baan onzekerheid of gebrek aan werk, taalbarrière en culturele ontworteling, naast alle trauma's door pijnlijke omstandigheden in thuislanden voor naar hier te migreren of vluchten. Ze zijn al bij veel artsen geweest, waarschijnlijk al veel technische onderzoeken gehad, tegenover het gebrek aan intake in realiteit. Heel weinig voorgeschiedenis bekend/genoteerd zo blijkt uit dit onderzoek. Bovendien heeft dit gebrek aan grondige intake als logisch gevolg, de armoede van sociale en demografische kenmerken gezochte en genoteerde in EMD. Toch is ook het belang van deze kenmerken bij deze doelgroep zo veel benadrukt in de literatuur.

Hoewel literatuur duidelijk taalbarrières aantoont en de risico's daarvan, zeker bij deze doelgroep; en hoewel het aanbod tegenwoordig aan taalondersteuningsmogelijkheden, zeker in WGC, groot is, zien we toch ten eerst dat de taal die de patiënt wenst te spreken niet genoteerd wordt, en dus niet gekend is; ten tweede dat er waarschijnlijk, afgaand op wat in het dossier genoteerd staat, veel te vaak geen tolk wordt ingezet. Als gevolg van taalbarrière en het gebrek aan (professionele) tolk, hebben patiënten weinig emotionele problemen aan de kaart gebracht tijdens raadpleeging. Hoewel we weten dat deze doelgroep een véél hogere prevalentie heeft van psychosociale problemen, zien we dat niet terugkeren in dit onderzoek. Mogelijke verklaringen: te weinig tijd bij de huisarts om het er over te hebben; de taalbarrière; gebrek aan vertrouwen; gebrek aan kennis bij de huisarts om er naar te vragen; gebrek aan systematisch noteren van wat besproken wordt in consult.

Wat betekent dit voor de praktijk? Wat kan een huisarts/een groepspraktijk/een WGC anders doen om dit beter aan te pakken?

- Extra tijd voorzien voor intake: door onthaal? Door Verpleegkunde? Door arts? Of elk een deel? Gestandaardiseerd? Ontwikkelen van aangepast standaard intakeformulier?
- Aandacht voor en gebruik van taalondersteuning: noteren van moedertaal in dossier, van land van herkomst, van asielstatus (ook voor arts), van taal die patiënt wenst te spreken.
- Bijhouden van statistieken over taalbarrières en taalondersteuning in de praktijk?
- Bijhouden van dossiers, zeker van kwetsbare groepen
- Patiënt empowerment: uitleggen aan patiënten over hun recht op gezondheidszorg, over het belang van bijhouden van hun medisch dossier, over hun patiënten rechten. Vertaalde informatie om patiënten te informeren over hun rechten: zoals in medimmigrant.be (voorbeeld folders recht op gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf). Ook aan patiënten hun recht op taalondersteuning uitleggen.
- Bijscholing van artsen en intervisie over deze groep patiënten: hoe detecteren van psychosociale problematiek? Belang van interdisciplinair werken en aanpak.

REFERENTIE

1. International migration report 2013. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs 2013.
2. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2015 (Health Evidence Network synthesis report 42).
3. United Nations High Commissioner for Refugees. Convention and Protocol Relating to the Status of refugees. Geneva: UNHCR 1996
4. Vluchtelingenwerk Vlaanderen. http://www.vluchtelingenwerk.be/documentatie.
5. Agentschap Integratie & Inburgering. http://www.kruispuntmi.be/thema/bijzondere-groepen/mensen-zonder-wettig-verblijf.
6. Department of Immigration and Citizenship. *Asylum Trends Australia*: 2011–12 -Annual Publication. ACT, Australia: Department of Immigration and Citizenship; 2012.
7. Dauvrin M et al. Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. BMC 2012; 5 :99.
8. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe. Brussel: PICUM; 2007
9. CLANDESTINO GROUP: Undocumented Migration: Counting the Uncountable. Data and Trends Across Europe. Final Report Brussels: European Commission 2009.
10. United Nations High Commissioner for Refugees. World's war. UNHCR Global Trends. Forced Displacement in 2014. www.unhcr.org/556725e69.html
11. United Nations High Commissioner for Refugees. War's Human Cost. UNHCR Global Trends 2013. Geneva, Switzerland.
12. Myria. Migratie in cijfers en in rechten 2015: http//www.myria.be/nl/publicaties/migratie
13. Medimmigrant. http://www.medimmigrant.be/?idbericht=2&idmenu=2&lang=nl
14. CGVS: Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen. http://www.cgvs.be/nl/cijfers?field_cijfers_month_year_value%5Bvalue%5D%5Byear%5D=2015
15. ROMÁN R-O. Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned? European Journal of Health Law 2004; 11: 245-272.
16. Mladovsky P. Migrant health in the EU. Eurohealth 2007; 13:9-1.

17. Rechel B, Mladovsky P, Deville W et al. Migration and Health in the European Union. Maidenhead, UK: Open University Press for the European Observatory on Health Systems and Policies 2011.
18. Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to healthcare for asylum seekers in the European Union—a comparative study of country policies. Eur J Public Health 2005; 3: 285–9.
19. Vogel D, Kovacheva V, Prescott H. The size of the irregular migrant population in the European Union: counting the uncountable? Int Migr 2011;49(5):78–96
20. Pavli A, Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. Journal of Travel Medicine 2017; 1–8
21. Cavazos-Rehg PA, Zayas LH, Spitznagel EL. Legal status, emotional wellbeing and subjective health status of Latino immigrants. JAMA 2007; 99(10):1126-1131.
22. Pikhart H, Drbohlav D, Dzurova D. The self-reported health of legal and illegal/irregular immigrants in the Czech Republic. Int J Public Health 2010; 55(5):401-411.
23. Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain : Health needs of asylum seekers and refugees. BMJ 2001; 322(3).
24. Kinzie JD, Riley C et al. High prevalence rates of diabetes and hypertension among refugee psychiatric patients. J NervMent Dis 2008; 196:108–112. doi: 10.1097/NMD.0b013e318162aa51.
25. Wieland ML et al. Diabetes care among Somali immigrants and refugees. J Community Health 2012; 37:680–684. doi: 10.1007/s10900-011-9499-7.
26. Spigt M et al. The relationship between primary health care organization and quality of diabetes care. Eur J Gen Pract 2009; 15:212–218. Doi:10.3109 /13814780903390814.
27. Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems: definition and literature review. British Journal of General Practice 2000; 50:313-318
28. Marije A, Van Melle et al. Quality of primary care for resettled refugees in the Netherlands with chronic mental and physical health problems: a cross-sectional analysis of medical records and interview data. BMC Fam Pract 2014; 15: 160.
29. Schweitzer RD et al. Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. Aust NZ J Psychiat 2006;40:179–187.

30. De Ghellinck A-S. Exploratie van huisartsconsultaties met een taalbarrière. Kwalitatieve studie. ICHO 2013-2014. http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B0137b743-6bf1-d609-dac7-457c69fcd013%7D_thesis_ASdeGhellinck.pdf
31. Priebe S, Sandhul S et al. Practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health 2011; 11:187. http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/187.
32. Rillof P. Antwerp Interpretation and Translation Service Belgium: Language Diversity and Access Interpretation and translation as indispensable tools to ensure accessibility of civil rights and duties for all. http://www.translationactivism.com/articles/Pascal_Rillof.pdf.
33. Sommers-Flanagan J and Sommers-Flanagan R. Clinical Interviewing. Wiley 2014; (6).
34. Bagley A. The Counseling Intake Process: What Counselors Need to Consider. 2013. http://thriveworks.com/blog/counseling-intake-process/
35. O'Donnella CA, Burnsa N et al. Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. Health policy 2016;120(5):495-508. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.03.012.
36. Papic O, Malak Z, Rosenberg E. Survey of family physicians perspectives on management of immigrant patients: Attitudes, barriers, strategies, and training needs. Patient Educ Couns 2012; 86(2):205-9. doi: 10.1016/j.pec.2011.05.015.
37. Fenta H, Hyman I, Noh S. Health services utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. J Immigr Minor Health 2007; 9:349–57.
38. UNESCO 2002. http://www.unesco.org/education/imld_2002/unversal_decla.shtml#2.
39. Mehta S. Relationship between Acculturation and Mental Health for Asian Indian Immigrants in the United States. Genetic, Social, and General Psychology Monographs 1998;124:61–78.
40. Cabassa LJ, Rebecca L and Zayas LH. "It's Like Being in a Labyrinth:" Hispanic Immigrants' Perceptions of Depression and Attitudes toward Treatments. Journal of Immigrant Health 2007; 9:1–16.
41. Bhugra D and Matthew A Becker. Migration, Cultural Bereavement and Cultural Identity. World Psychiatry 2005; 4(1): 18–24)
42. Mezzich JE, Ruiperez MA et al. Measuring Cultural Identity: Validation of a Modified Cortes, Rogler, and Malgady Bicultural Scale in Three Ethnic Groups in New York. Culture,Medicine and Psychiatry 2009; 33(3): 451–472. doi:10.1007/s11013-009-9142-6.

43. Fassaert T, Matty AS et al. Acculturation and Psychological Distress Among Non-Western Muslim Migrants: A Population- Based Survey. International Journal of Social Psychiatry 2011; 57(2): 132–143. doi:10.1177/ 0020764009103647
44. Kamperman AM et al. De Relatie Tussen Culturele Aanpassing en Psychische Gezondheid bij Eerste Generatie Turkse, Marokkaanse en Surinaamse Migranten. Tijdschrift voor psychologie en gezondheid 2003; 31(3):163-174
45. De Maesschalck S. Linguistic and cultural diversity in the consultation room: A tango between physicians and their ethnic minority patients. Thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor in Medical Sciences. Ghent University 2012.
46. Rosenberg E et al. The content of talk about health conditions and medications during appointments involving interpreters. Family Practice 2011; 28:317-322.
47. Green A.R, Ngo-Metzger Q et al. Interpreter Services, Language Concordance, and Health Care Quality Experiences of Asian Americans with Limited English Proficiency. JGIM 2005; 20(11): 1050-1056. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0223.x
48. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. Ann Intern Med.1978; 88(2):251-8.
49. Van den Muijsenbergh ME and Oosterberg EH. Patiëntgericht én cultureel competent: goede zorg voor allochtone patiënten vereist specifieke competenties.
50. Van Den Berg L, Verdonk P, Anma T. De professionele tolk verdwijnt: kwaliteit onder druk.. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7702.
51. Greenhalgh T, Robb N, Scambler G. Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: A Habermasian perspective. Soc Sci Med. 2006;63:1170–1187.
52. Colucci E, Minas H, Szwarc J, Guerra C, Paxton G. In or out? Barriers and facilitators to refugee-background young people accessing mental health services. Transcult Psychiatry. 2 maart 2015 (epub). doi:10.1177/1363461515571624
53. Lamkaddem M et al. Health changes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process. Eur J Public Healthl 2015;25(6):917-22. doi: 10.1093/eurpub/ckv061
54. Blöchliger C et al. Asylum Seekers and Refugees in Ambulatory Health Care: Communication Between Physician and Patient. Praxis (Bern 1994); 86 (19): 800-810. 1997 May 07
55. Blöchliger et al. Asylum Seekers and Refugees in General Practice: Problems and Possible Developments. Soz Praventivmed 1998; 43 (1): 18-28. 1998.

56. Joseph-Williams N, Elwyn G & Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. Patient Education and Counseling 2014; 94, 291-309.
57. Van Pernis F. Shared Decision Making door arts, patiënt en geestelijk begeleider. Masterthesis ter verkrijging van de graad Master of Arts Afstudeervariant Geestelijke Begeleiding. 2015. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek. http://repository.uvh.nl/bitstream/handle/11439/494/Scriptie%20Floor%20van%20Pernis.pdf?sequence=1
58. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: De betekenis van 'health literacy' voor de volksgezondheid. RIVM 2011-2014. http://www.rivm.nl/RIVM/Kennis_en_kunde/Strategisch_Programma_RIVM/Resultaten_Strategisch_Programma_RIVM_2011_2014/Resultaten_speerpunt_De_kloof_overbruggen_van_weten_naar_doen/De_betekenis_van_health_literacy_voor_de_volksgezondheid

BIJLAGEN

Tabellen

Tabel III: Sociale en demografische kenmerken

VARIABELEN	FREQ.	%
1/ GROEPSPRAKTIJKEN		
- Medikuregem	52	48,6%
- GVHV Schaarbeek	39	36,4%
- GVHV Molenbeek 'Le Renfort'	16	15,0%
TOTAAL	107	100,0%
2/ VERBLIJF STATUUT		
- Asielzoekers in procedure	64	59,8%
- Mensen zonder wettig verblijf	43	40,2%
TOTAAL	107	100,0%
3/ GESLACHTEN		
- Mannen	57	53,3%
- Vrouwen	50	46,7%
TOTAAL	107	100,0%
4/ LEEFTIJDSGROEPEN		
- < 40 jaar	**76**	71,0%
- 40 - 50 jaar	24	22,4%
- > 50 jaar	7	6,5%
TOTAAL	107	100,0%
5/ WOONPLAATS		
- Dezelfde stad dan locatie	88	82,2%
- Andere	19	17,8%
TOTAAL	107	100,0%

Tabel IV: Sociale en demografische kenmerken (bis)

VARIABELEN	Freq.	%	Valid %
1/ REGIO VAN HERKOMST			
- Maghreb	19	17,8%	25,7%
- Indisch Subcontinent en Zuidoost Azië	16	15%	21,6%
- Sub - Saharan Afrika	13	12,1%	17,6%
- Zuid - Amerika	9	8,4%	12,2%
- Centraal en Oost - Europa	8	7,5%	10,8%
- Midden - Oosten	5	4,7%	6,8%
- Balkan Eilanden	4	3,7%	5,4%
TOTAAL	74	69,2%	100%
MISSING	33	30,8%	
TOTAAL	107	100%	
2/ BURGERLIJK STATUUT			
- Alleenstaanden	18	16,8%	40%
- Gehuwd/samenwonende	17	15,9%	37,8%
- Gescheiden	8	7,5%	17,8%
- Weduwnaar	2	1,9%	4,4%
TOTAAL	45	42,1%	100%
MISSING	62	57,9%	
TOTAAL	107	100%	
3/ AANWEZIGHEID VAN KINDEREN			
- Bij Alleenstaanden	10	9,3%	43,5%
- Bij Gehuwd/samenwonende	13	12,1%	56,5%
TOTAAL	23	21,5%	100%
MISSING	84	78,5%	
TOTAAL	107	100%	
4/ OPLEIDINGSNIVEAU/BEROEP			
- Lager onderwijs	10	9,3%	43,5%
- Beroep/Technisch	9	8,4%	39,1%
- Algemeen Secondair Onderwijs	2	1,9%	8,7%
- Hoog school/Bachelier	1	0,9%	4,3%
- Universitair niveau	1	0,9%	4,3%
TOTAAL	23	21,5%	100%
MISSING	84	78,5%	
TOTAAL	107	100%	

Tabel V: Gegevens uit medische dossiers per locatie

VARIABELEN	WGC Medikuregem	GVHV Schaarbeek	GVHV Molenbeek	*TOTAAL*
1/ UITGEVOERDE INTAKE GENOTEERD IN DOSSIER				
- JA	29 (55,8%)	5 (12,8%)	2 (12,5%)	36 (33,6%)
- NEE	23 (44,2%)	34 (87,2%)	14 (87,5%)	71 (66,4%)
TOTAAL	52 (100%)	39 (100%)	16 (100%)	107 (100%)
2/ TOLKGEBRUIK GENOTEERD IN DOSSIER				
- JA	4 (7,7%)	0	0	4 (3,7%)
- NEE	48 (92,3%)	39 (100%)	16 (100%)	103 (96,3%)
TOTAAL	52 (100%)	39 (100%)	16 (100%)	107 (100%)
3/ ANTECEDENETEN GENOTEERD IN DOSSIER				
- JA	27 (51,9%)	2 (5,1%)	4 (25%)	33 (30,8%)
- NEE	25 (48,1%)	27 (94,9%)	12 (75%)	74 (69,2%)
TOTAAL	52 (100%)	39 (100%)	16 (100%)	107 (100%)
4/ CHRONISCHE ZIEKTEN GENOTEERD IN DOSSIER				
- JA	26 (50%)	2 (5,1%)	8 (50%)	36 (33,6%)
- NEE	26 (50%)	27 (94,9%)	8 (50%)	71 (66,4%)
TOTAAL	52 (100%)	39 (100%)	16 (100%)	107 (100%)
5/ AANTAL ARTSEN GEZIEN				
- < 3 Verschillende artsen	28 (53,8%)	12 (30,8%)	7 (43,7%)	48 (44,9%)
- Tussen 3 - 4 Verschillende artsen	16 (30,8%)	17 (43,6%)	9 (56,3%)	41 (38,3%)
- > 4 Verschillende artsen	8 (15,4%)	10 (25,6%)	0	18 (16,8%)
TOTAAL	52 (100%)	39 (100%)	16 (100%)	107 (100%)
6/ GEZIEN DOOR ANDERE VERLENERS DAN ARTS				
- JA	14 (26,9%)	8 (20,5%)	0	22 (20,5%)
- NEE	38 (73,1%)	31 (79,5%)	16 (100%)	85 (79,5%)
TOTAAL	52 (100%)	39 (100%)	16 (100%)	107 (100%)
7/ PSYCHOSOCIAAL CONSULT GEBEURT				
- Bij Sociale assitente	16 (30,8%)	1 (2,6%)	2 (12,5%)	19 (17,8%)
- Bij Psycholoog (ELP)	8 (15,4%)	0	0	8 (7,4%)
MISSING	28 (53,8%)	38 (97,4%)	12 (87,5%)	80 (74,8%)
TOTAAL	52 (100%)	39 (100%)	16 (100%)	107 (100%)

Tabel VI: Frequentie van raadpleegingen

VARIABELEN	FREQ.	%
1/ CONSULTATIES PER PATIENT IN 2015		
- < 5 malen	33	30,8%
- 5 - 9 malen	51	47,7%
- > 9 malen	23	21,5%
TOTAAL	107	100%
2/ BIJ ANDERE PRAKTIJK EERDER		
- JA	16	15%
- NEE	12	11,2%
MISSING	79	73,8%
TOTAAL	107	100%

Tabel VII: Aanmeldingsklachten en diagnosen

REASON FOR ENCOUNTER'	Freq.	%	Valid %	***DIAGNOSEN***	Freq.	%	Valid %
- 'Process Codes'	141	26,4%	29,5%	- 'Respiratory'	105	19,6%	24,6%
- 'Respiratory'	98	18%	20,5%	- 'General unspecified'	88	16,4%	20,7%
- 'Musculoskeletal'	62	11,6%	13%	- 'Musculoskeletal'	49	9,2%	11,5%
- 'Digestive'	43	8%	9%	- 'Skin'	41	7,7%	9,6%
- 'Skin'	36	6,7%	7,5%	- 'Digestive'	37	6,9%	8,7%
- 'Pregnancy en childbearing'	20	3,7%	4,2%	- 'Pregnancy en childbearing'	19	3,6%	4,5%
- 'General unspecified'	18	3,4%	3,8%	- 'Psychological en social problems	15	2,8%	3,5%
- 'Neurological'	17	3,2%	3,6%	- 'Eye en ear'	13	2,4%	3,1%
- 'Urogical en genital'	12	2%	2,5%	- 'Endocrine/Metabolic/Nutritional'	12	2,2%	2,8%
- 'Eye en ear'	11	2,1%	2,3%	- 'Urogical en genital'	10	2%	2,3%
- 'Psychological en social problems	11	2,1%	2,3%	- 'Cardiovasculair'	10	1,9%	2,3%
- 'Cardiovasculair'	7	1,3%	1,5%	- 'Neurological'	0	0,0%	0,0%
- 'Endocrine/Metabolic/Nutritional'	2	0,4%	0,4%	- 'Process Codes'	0	0,0%	0,0%
TOTAAL	478	89,3%	100%	*TOTAAL*	426	79,6%	100%
MISSING	57	10,7%		*MISSING*	109	20,4%	
TOTAAL	535	100%		***TOTAAL***	535	100%	

Tabel VIII: Ondergenomen acties

VARIABELEN	Freq.	%	Valid %
1/ ACTIES			
- Informatie en medicatie	137	25,6%	37,1%
- Alleen medicatie	118	22,1%	32%
- Doorverwijzing	38	7,1%	10,3%
- Bloed- en Beelvormingonderzoek	37	6,9%	10%
- Afwachtende houding	28	5,2%	7,6%
- Preventie	11	2,1%	3%
TOTAAL	369	69%	100%
MISSING	166	31%	
TOTAAL	535	100%	
2/ BLOEDONDERZOEK			
- JA	53	49,5%	
- NEE	54	50,5%	
TOTAAL	107	100%	
3/ BEELDVORMINGONDERZOEK			
- JA	52	48,6%	
- NEE	55	51,4%	
TOTAAL	107	100%	

Formulier van schriftelijk interview

1/ Korte beschrijving van jullie praktijk en de visie: Waar? Hoeveel patiënten? Hoeveel hulpverleners en welke soorten hulpverleners? (eventueel een organigram bijvoegen!)

2/ Hoeveel tijd nemen jullie voor een normale raadpleging:

- *In algemeen bij jullie ingeschreven populatie?*
- *Bij nieuwe patiënten?*
- *Bij asielzoekers en mensen zonder papieren?*

3/ Gebeurt de INTAKEGESPREK systematisch in jullie praktijk?

- *Zo nee, waarom niet?*
- *Zo ja, door wie? Op welke manier? Bestaat er een standaardformulier voor de intake?*

4/ Wordt de taal van patiënt systematisch genoteerd in het dossier?

- *Zo ja, door wie? Op welk moment?*
- *Zo nee, waarom niet?*
- *Wanneer beslissen jullie om een tolk in te schakelen?*
- *Is er een beleid voor taalondersteuning in de praktijk?*

5/ Worden er systematisch psychosociale antecedenten nagevraagd bij patiënten met statuut van asielzoekers of mensen zonder verblijf in jullie praktijk?

- *Zo nee, waarom niet?*
- *Zo ja, door wie? Bestaan hiervoor tools? Wat gebeurt er daarna mee?*
- *Volgens jullie is het belangrijk om psychosociale antecedenten na te vragen bij deze categorie van patiënten. Moet dat gebeuren door de huisarts of door andere hulpverleners?*
- *Is er binnen het normale consult genoeg tijd om psychosociale elementen na te vragen?*

ELYSEE MUNYOKA

ICPC-2 – English

International Classification of Primary Care – 2nd Edition

Wonca International Classification Committee (WICC)

Process codes

-30	Medical Exam/Eval-Complete
-31	Medical Examination/Health Evaluation-Partial/Pre-op check
-32	Sensitivity Test
-33	Microbiological/Immunological Test
-34	Blood Test
-35	Urine Test
-36	Faeces Test
-37	Histological/Exfoliative Cytology
-38	Other Laboratory Test NEC
-39	Physical Function Test
-40	Diagnostic Endoscopy
-41	Diagnostic Radiology/Imaging
-42	Electrical Tracings
-43	Other Diagnostic Procedures
-44	Preventive Imunisations/Medications
-45	Observe/Educate/Advice/Diet
-46	Consult with Primary Care Provider
-47	Consultation with Specialist
-48	Clarification/Discuss Patient's RFE
-49	Other Preventive Procedures
-50	Medicat-Script/Reqst/Renew/Inject
-51	Incise/Drain/Flush/Aspirate
-52	Excise/Remove/Biopsy/Destruction/Debride
-53	Instrument/Catheter/Intubate/Dilate
-54	Repair/Fixate-Suture/Cast/Prosthetic
-55	Local Injection/Infiltration
-56	Dress/Press/Compress/Tamponade
-57	Physical Medicine/Rehabilitation
-58	Therapeutic Counselling/Listening
-59	Other Therapeutic Procedure NEC
-60	Results Tests/Procedures
-61	Results Exam/Test/Record
-62	Administrative Procedure
-63	Follow-up Encounter Unspecified
-64	Encounter Initiated by Provider
-65	Encounter Initiated third person
-66	Refer to Other Provider (EXCL. M.D.)
-67	Referral to Physician/Specialist/Clinic/Hospital
-68	Other Referrals NEC
-69	Other Reason for Encounter NEC

General and Unspecified A

A01	Pain general/multiple sites
A02	Chills
A03	Fever
A04	Weakness/tiredness general
A05	Feeling ill
A06	Fainting/syncope
A07	Coma
A08	Swelling
A09	Sweating problem
A10	Bleeding/haemorrhage NOS
A11	Chest pain NOS
A13	Concern/fear medical treatment
A16	Irritable infant
A18	Concern about appearance
A20	Euthanasia request/discussion
A21	Risk factor for malignancy
A23	Risk factor NOS
A25	Fear of death/dying
A26	Fear of cancer NOS
A27	Fear of other disease NOS
A28	Limited function/disability NOS
A29	General symptom/complaint other
A70	Tuberculosis
A71	Measles
A72	Chickenpox
A73	Malaria
A74	Rubella
A75	Infectious mononucleosis
A76	Viral exanthem other
A77	Viral disease other/NOS
A78	Infectious disease other/NOS
A79	Malignancy NOS
A80	Trauma/injury NOS
A81	Multiple trauma/injuries
A82	Secondary effect of trauma
A84	Poisoning by medical agent
A85	Adverse effect medical agent
A86	Toxic effect non-medicinal substance
A87	Complication of medical treatment
A88	Adverse effect physical factor
A89	Effect prosthetic device
A90	Congenital anomaly OS/multiple
A91	Abnormal result investigation NOS
A92	Allergy/allergic reaction NOS
A93	Premature newborn
A94	Perinatal morbidity other
A95	Perinatal mortality
A96	Death
A97	No disease
A98	Health maintenance/prevention
A99	General disease NOS

Blood, Blood Forming Organs and Immune Mechanism B

B02	Lymph gland(s) enlarged/painful
B04	Blood symptom/complaint
B25	Fear of aids/HIV
B26	Fear cancer blood/lymph
B27	Fear blood/lymph disease other
B28	Limited function/disability
B29	Sympt/complt lymph/immune other
B70	Lymphadenitis acute
B71	Lymphadenitis non-specific
B72	Hodgkin's disease/lymphoma
B73	Leukaemia
B74	Malignant neoplasm blood other
B75	Benign/unspecified neoplasm blood
B76	Ruptured spleen traumatic
B77	Injury blood/lymph/spleen other
B78	Hereditary haemolytic anaemia
B79	Congen.anom. blood/lymph other
B80	Iron deficiency anaemia
B81	Anaemia, Vitamin B12/folate def.
B82	Anaemia other/unspecified
B83	Purpura/coagulation defect
B84	Unexplained abnormal white cells
B87	Splenomegaly
B90	HIV-infection/aids
B99	Blood/lymph/spleen disease other

PROCESS CODES

SYMPTOMS/COMPLAINTS

INFECTIONS

NEOPLASMS

INJURIES

CONGENITAL ANOMALIES

OTHER DIAGNOSES

Digestive D

D01	Abdominal pain/cramps general
D02	Abdominal pain epigastric
D03	Heartburn
D04	Rectal/anal pain
D05	Perianal itching
D06	Abdominal pain localized other
D07	Dyspepsia/indigestion
D08	Flatulence/gas/belching
D09	Nausea
D10	Vomiting
D11	Diarrhoea
D12	Constipation
D13	Jaundice
D14	Haematemesis/vomiting blood
D15	Melaena
D16	Rectal bleeding
D17	Incontinence of bowel
D18	Change faeces/bowel movements
D19	Teeth/gum symptom/complaint
D20	Mouth/tongue/lip symptom/complt.
D21	Swallowing problem
D23	Hepatomegaly
D24	Abdominal mass NOS
D25	Abdominal distension
D26	Fear of cancer of digestive system
D27	Fear of digestive disease other
D28	Limited function/disability (d)
D29	Digestive symptom/complaint other
D70	Gastrointestinal infection
D71	Mumps
D72	Viral hepatitis
D73	Gastroenteritis presumed infection
D74	Malignant neoplasm stomach
D75	Malignant neoplasm colon/rectum
D76	Malignant neoplasm pancreas
D77	Malig. neoplasm digest other/NOS
D78	Neoplasm digest benign/uncertain
D79	Foreign body digestive system
D80	Injury digestive system other
D81	Congen. anomaly digestive system
D82	Teeth/gum disease
D83	Mouth/tongue/lip disease
D84	Oesophagus disease
D85	Duodenal ulcer
D86	Peptic ulcer other
D87	Stomach function disorder
D88	Appendicitis
D89	Inguinal hernia
D90	Hiatus hernia
D91	Abdominal hernia other
D92	Diverticular disease
D93	Irritable bowel syndrome
D94	Chronic enteritis/ulcerative colitis
D95	Anal fissure/perianal abscess
D96	Worms/other parasites
D97	Liver disease NOS
D98	Cholecystitis/cholelithiasis
D99	Disease digestive system, other

Eye F

F01	Eye pain
F02	Red eye
F03	Eye discharge
F04	Visual floaters/spots
F05	Visual disturbance other
F13	Eye sensation abnormal
F14	Eye movements abnormal
F15	Eye appearance abnormal
F16	Eyelid symptom/complaint
F17	Glasses symptom/complaint
F18	Contact lens symptom/complaint
F27	Fear of eye disease
F28	Limited function/disability (f)
F29	Eye symptom/complaint other
F70	Conjunctivitis infectious
F71	Conjunctivitis allergic
F72	Blepharitis/stye/chalazion
F73	Eye infection/inflammation other
F74	Neoplasm of eye/adnexa
F75	Contusion/haemorrhage eye
F76	Foreign body in eye
F79	Injury eye other
F80	Blocked lacrimal duct of infant
F81	Congenital anomaly eye other
F82	Detached retina
F83	Retinopathy
F84	Macular degeneration
F85	Corneal ulcer
F86	Trachoma
F91	Refractive error
F92	Cataract
F93	Glaucoma
F94	Blindness
F95	Strabismus
F99	Eye/adnexa disease, other

Ear H

H01	Ear pain/earache
H02	Hearing complaint
H03	Tinnitus, ringing/buzzing ear
H04	Ear discharge
H05	Bleeding ear
H13	Plugged feeling ear
H15	Concern with appearance of ears
H27	Fear of ear disease
H28	Limited function/disability ear
H29	Ear symptom/complaint other
H70	Otitis externa
H71	Acute otitis media/myringitis
H72	Serous otitis media
H73	Eustachian salpingitis
H74	Chronic otitis media
H75	Neoplasm of ear
H76	Foreign body in ear
H77	Perforation ear drum
H78	Superficial injury of ear
H79	Ear injury other
H80	Congenital anomaly of ear
H81	Excessive ear wax
H82	Vertiginous syndrome
H83	Otosclerosis
H84	Presbyacusis
H85	Acoustic trauma
H86	Deafness
H99	Ear/mastoid disease, other

Cardiovascular K

K01	Heart pain
K02	Pressure/tightness of heart
K03	Cardiovascular pain NOS
K04	Palpitations/awareness of heart
K05	Irregular heartbeat other
K06	Prominent veins
K07	Swollen ankles/oedema
K22	Risk factor cardiovascular disease
K24	Fear of heart disease
K25	Fear of hypertension
K27	Fear cardiovascular disease other
K28	Limited function/disability (k)
K29	Cardiovascular sympt./complt. other
K70	Infection of circulatory system
K71	Rheumatic fever/heart disease
K72	Neoplasm cardiovascular
K73	Congenital anomaly cardiovascular
K74	Ischaemic heart disease w. angina
K75	Acute myocardial infarction
K76	Ischaemic heart disease w/o angina
K77	Heart failure
K78	Atrial fibrillation/flutter
K79	Paroxysmal tachycardia
K80	Cardiac arrhythmia NOS
K81	Heart/arterial murmur NOS
K82	Pulmonary heart disease
K83	Heart valve disease NOS
K84	Heart disease other
K85	Elevated blood pressure
K86	Hypertension uncomplicated
K87	Hypertension complicated
K88	Postural hypotension
K89	Transient cerebral ischaemia
K90	Stroke/cerebrovascular accident
K91	Cerebrovascular disease
K92	Atherosclerosis/PVD
K93	Pulmonary embolism
K94	Phlebitis/thrombophlebitis
K95	Varicose veins of leg
K96	Haemorrhoids
K99	Cardiovascular disease other

Musculoskeletal L

L01	Neck symptom/complain
L02	Back symptom/complaint
L03	Low back symptom/complaint
L04	Chest symptom/complaint
L05	Flank/axilla symptom/complaint
L07	Jaw symptom/complaint
L08	Shoulder symptom/complaint
L09	Arm symptom/complaint
L10	Elbow symptom/complaint
L11	Wrist symptom/complaint
L12	Hand/finger symptom/complaint
L13	Hip symptom/complaint
L14	Leg/thigh symptom/complaint
L15	Knee symptom/complaint
L16	Ankle symptom/complaint
L17	Foot/toe symptom/complaint
L18	Muscle pain
L19	Muscle symptom/complaint NOS
L20	Joint symptom/complaint NOS
L26	Fear of cancer musculoskeletal
L27	Fear musculoskeletal disease other
L28	Limited function/disability (l)
L29	Sympt/complt. Musculoskeletal other
L70	Infections musculoskeletal system
L71	Malignant neoplasm musculoskeletal
L72	Fracture: radius/ulna
L73	Fracture: tibia/fibula
L74	Fracture: hand/foot bone
L75	Fracture: femur
L76	Fracture: other
L77	Sprain/strain of ankle
L78	Sprain/strain of knee
L79	Sprain/strain of joint NOS
L80	Dislocation/subluxation
L81	Injury musculoskeletal NOS
L82	Congenital anomaly musculoskeletal
L83	Neck syndrome
L84	Back syndrome w/o radiating pain
L85	Acquired deformity of spine
L86	Back syndrome with radiating pain
L87	Bursitis/tendinitis/synovitis NOS
L88	Rheumatoid/seropositive arthritis
L89	Osteoarthrosis of hip
L90	Osteoarthrosis of knee
L91	Osteoarthrosis other
L92	Shoulder syndrome
L93	Tennis elbow
L94	Osteochondrosis
L95	Osteoporosis
L96	Acute internal damage knee
L97	Neoplasm benign/unspec musculo.
L98	Acquired deformity of limb
L99	Musculoskeletal disease, other

Neurological N

N01	Headache
N03	Pain face
N04	Restless legs
N05	Tingling fingers/feet/toes
N06	Sensation disturbance other
N07	Convulsion/seizure
N08	Abnormal involuntary movements
N16	Disturbance of smell/taste
N17	Vertigo/dizziness
N18	Paralysis/weakness
N19	Speech disorder
N26	Fear cancer neurological system
N27	Fear of neurological disease other
N28	Limited function/disability (n)
N29	Neurological symptom/complt. other
N70	Poliomyelitis
N71	Meningitis/encephalitis
N72	Tetanus
N73	Neurological infection other
N74	Malignant neoplasm nervous system
N75	Benign neoplasm nervous system
N76	Neoplasm nervous system unspec.
N79	Concussion
N80	Head injury other
N81	Injury nervous system other
N85	Congenital anomaly neurological
N86	Multiple sclerosis
N87	Parkinsonism
N88	Epilepsy
N89	Migraine
N90	Cluster headache
N91	Facial paralysis/bell's palsy
N92	Trigeminal neuralgia
N93	Carpal tunnel syndrome
N94	Peripheral neuritis/neuropathy
N95	Tension headache
N99	Neurological disease, other

Psychological P

P01 Feeling anxious/nervous/tense
P02 Acute stress reaction
P03 Feeling depressed
P04 Feeling/behaving irritable/angry
P05 Senility, feeling/behaving old
P06 Sleep disturbance
P07 Sexual desire reduced
P08 Sexual fulfilment reduced
P09 Sexual preference concern
P10 Stammering/stuttering/tic
P11 Eating problem in child
P12 Bedwetting/enuresis
P13 Encopresis/bowel training problem
P15 Chronic alcohol abuse
P16 Acute alcohol abuse
P17 Tobacco abuse
P18 Medication abuse
P19 Drug abuse
P20 Memory disturbance
P22 Child behaviour symptom/complaint
P23 Adolescent behav. Symptom/complt.
P24 Specific learning problem
P25 Phase of life problem adult
P27 Fear of mental disorder
P28 Limited function/disability (p)
P29 Psychological symptom/complt other
P70 Dementia
P71 Organic psychosis other
P72 Schizophrenia
P73 Affective psychosis
P74 Anxiety disorder/anxiety state
P75 Somatization disorder
P76 Depressive disorder
P77 Suicide/suicide attempt
P78 Neuraesthenia/surmenage
P79 Phobia/compulsive disorder
P80 Personality disorder
P81 Hyperkinetic disorder
P82 Post-traumatic stress disorder
P85 Mental retardation
P86 Anorexia nervosa/bulimia
P98 Psychosis NOS/other
P99 Psychological disorders, other

Respiratory R

R01 Pain respiratory system
R02 Shortness of breath/dyspnoea
R03 Wheezing
R04 Breathing problem, other
R05 Cough
R06 Nose bleed/epistaxis
R07 Sneezing/nasal congestion
R08 Nose symptom/complaint other
R09 Sinus symptom/complaint
R21 Throat symptom/complaint
R23 Voice symptom/complaint
R24 Haemoptysis
R25 Sputum/phlegm abnormal
R26 Fear of cancer respiratory system
R27 Fear of respiratory disease, other
R28 Limited function/disability (r)
R29 Respiratory symptom/complaint oth.
R71 Whooping cough
R72 Strep throat
R73 Boil/abscess nose
R74 Upper respiratory infection acute
R75 Sinusitis acute/chronic
R76 Tonsillitis acute
R77 Laryngitis/tracheitis acute
R78 Acute bronchitis/bronchiolitis
R79 Chronic bronchitis
R80 Influenza
R81 Pneumonia
R82 Pleurisy/pleural effusion
R83 Respiratory infection other
R84 Malignant neoplasm bronchus/lung
R85 Malinant neoplasm respiratory, other
R86 Benign neoplasm respiratory
R87 Foreign body nose/larynx/bronch
R88 Injury respiratory other
R89 Congenital anomaly respiratory
R90 Hypertrophy tonsils/adenoids
R92 Neoplasm respiratory unspecified
R95 Chronic obstructive pulmonary dis
R96 Asthma
R97 Allergic rhinitis
R98 Hyperventilation syndrome
R99 Respiratory disease other

PROCESS CODES
SYMPTOMS/COMPLAINTS
INFECTIONS
NEOPLASMS
INJURIES
CONGENITAL ANOMALIES
OTHER DIAGNOSES

Skin S

S01 Pain/tenderness of skin
S02 Pruritus
S03 Warts
S04 Lump/swelling localized
S05 Lumps/swellings generalized
S06 Rash localized
S07 Rash generalized
S08 Skin colour change
S09 Infected finger/toe
S10 Boil/carbuncle
S11 Skin infection post-traumatic
S12 Insect bite/sting
S13 Animal/human bite
S14 Burn/scald
S15 Foreign body in skin
S16 Bruise/contusion
S17 Abrasion/scratch/blister
S18 Laceration/cut
S19 Skin injury other
S20 Corn/callosity
S21 Skin texture symptom/complaint
S22 Nail symptom/complaint
S23 Hair loss/baldness
S24 Hair/scalp symptom/complaint
S26 Fear of cancer of skin
S27 Fear of skin disease other
S28 Limited function/disability (s)
S29 Skin symptom/complaint other
S70 Herpes zoster
S71 Herpes simplex
S72 Scabies/other acariasis
S73 Pediculosis/skin infestation other
S74 Dermatophytosis
S75 Moniliasis/candidiasis skin
S76 Skin infection other
S77 Malignant neoplasm of skin
S78 Lipoma
S79 Neoplasm skin benign/unspecified
S80 Solar keratosis/sunburn
S81 Haemangioma/lymphangioma
S82 Naevus/mole
S83 Congenital skin anomaly other
S84 Impetigo
S85 Pilonidal cyst/fistula
S86 Dermatitis seborrhoeic
S87 Dermatitis/atopic eczema
S88 Dermatitis contact/allergic
S89 Diaper rash
S90 Pityriasis rosea
S91 Psoriasis
S92 Sweat gland disease
S93 Sebaceous cyst
S94 Ingrowing nail
S95 Molluscum contagiosum
S96 Acne
S97 Chronic ulcer skin
S98 Urticaria
S99 Skin disease, other

Endocrine/Metabolic and Nutritional T

T01 Excessive thirst
T02 Excessive appetite
T03 Loss of appetite
T04 Feeding problem of infant/child
T05 Feeding problem of adult
T07 Weight gain
T08 Weight loss
T10 Growth delay
T11 Dehydration
T26 Fear of cancer of endocrine system
T27 Fear endocrine/metabolic dis other
T28 Limited function/disability (t)
T29 Endocrine/met./sympt/complt other
T70 Endocrine infection
T71 Malignant neoplasm thyroid
T72 Benign neoplasm thyroid
T73 Neoplasm endocrine oth/unspecified
T78 Thyroglossal duct/cyst
T80 Congenital anom endocrine/metab.
T81 Goitre
T82 Obesity
T83 Overweight
T85 Hyperthyroidism/thyrotoxicosis
T86 Hypothyroidism/myxoedema
T87 Hypoglycaemia
T89 Diabetes insulin dependent
T90 Diabetes non-insulin dependent
T91 Vitamin/nutritional deficiency
T92 Gout
T93 Lipid disorder
T99 Endocrine/metab/nutrit. dis. other

Urological U

U01 Dysuria/painful urination
U02 Urinary frequency/urgency
U04 Incontinence urine
U05 Urination problems other
U06 Haematuria
U07 Urine symptom/complaint other
U08 Urinary retention
U13 Bladder symptom/complaint other
U14 Kidney symptom/complaint
U26 Fear of cancer of urinary system
U27 Fear of urinary disease other
U28 Limited function/disability urinary
U29 Urinary symptom/complaint other
U70 Pyelonephritis/pyelitis
U71 Cystitis/urinary infection other
U72 Urethritis
U75 Malignant neoplasm of kidney
U76 Malignant neoplasm of bladder
U77 Malignant neoplasm urinary other
U78 Benign neoplasm urinary tract
U79 Neoplasm urinary tract NOS
U80 Injury urinary tract
U85 Congenital anomaly urinary tract
U88 Glomerulonephritis/nephrosis
U90 Orthostatic albumin./proteinuria
U95 Urinary calculus
U98 Abnormal urine test NOS
U99 Urinary disease, other

Pregnancy, Childbearing, Family Planning W

W01 Question of pregnancy
W02 Fear of pregnancy
W03 Antepartum bleeding
W05 Pregnancy vomiting/nausea
W10 Contraception postcoital
W11 Contraception oral
W12 Contraception intrauterine
W13 Sterilization
W14 Contraception other
W15 Infertility/subfertility
W17 Post-partum bleeding
W18 Post-partum symptom/complaint oth.
W19 Breast/lactation symptom/complaint
W21 Concern body image in pregnancy
W27 Fear complications of pregnancy
W28 Limited function/disability (w)
W29 Pregnancy symptom/complaint other
W70 Puerperal infection/sepsis
W71 Infection complicating pregnancy
W72 Malignant neoplasm relate to preg.
W73 Benign/unspec. neoplasm/pregnancy
W75 Injury complicating pregnancy
W76 Congenital anomaly complicate preg.
W78 Pregnancy
W79 Unwanted pregnancy
W80 Ectopic pregnancy
W81 Toxaemia of pregnancy
W82 Abortion spontaneous
W83 Abortion induced
W84 Pregnancy high risk
W85 Gestational diabetes
W90 Uncomplicate labour/delivery live
W91 Uncomplicate labour/delivery still
W92 Complicate labour/ delivery livebirth
W93 Complicate labour/delivery stillbirth
W94 Puerperal mastitis
W95 Breast disorder in pregnancy other
W96 Complications of puerperium other
W99 Disorder pregnancy/delivery, other

Female Genital X

X01 Genital pain female
X02 Menstrual pain
X03 Intermenstrual pain
X04 Painful intercourse female
X05 Menstruation absent/scanty
X06 Menstruation excessive
X07 Menstruation irregular/frequent
X08 Intermenstrual bleeding
X09 Premenstrual symptom/complaint
X10 Postponement of menstruation
X11 Menopausal symptom/complaint
X12 Postmenopausal bleeding
X13 Postcoital bleeding
X14 Vaginal discharge
X15 Vaginal symptom/complaint other
X16 Vulval symptom/complaint
X17 Pelvis symptom/complaint female
X18 Breast pain female
X19 Breast lump/mass female
X20 Nipple symptom/complaint female
X21 Breast symptom/complt. female other
X22 Concern breast appearance female
X23 Fear sexually transmitted disease (f)
X24 Fear of sexual dysfunction female
X25 Fear of genital cancer female
X26 Fear of breast cancer female
X27 Fear genital/breast disease other (f)
X28 Limited function/disability (x)
X29 Genital symptom/complt female oth.
X70 Syphilis female
X71 Gonorrhoea female
X72 Genital candidiasis female
X73 Genital trichomoniasis female
X74 Pelvic inflammatory disease
X75 Malignant neoplasm cervix
X76 Malignant neoplasm breast female
X77 Malignant neoplasm genital other (f)
X78 Fibromyoma uterus
X79 Benign neoplasm breast female
X80 Benign neoplasm female genital
X81 Genital neoplasm oth/unspecied (f)
X82 Injury genital female
X83 Congenital anomaly genital female
X84 Vaginitis/vulvitis NOS
X85 Cervical disease NOS
X86 Abnormal cervix smear
X87 Uterovaginal prolapse
X88 Fibrocystic disease breast
X89 Premenstrual tension syndrome
X90 Genital herpes female
X91 Condylomata acuminata female
X92 Chlamydia infection genital (f)
X99 Genital disease female, other

Male Genital Y

Y01 Pain in penis
Y02 Pain in testis/scrotum
Y03 Urethral discharge
Y04 Penis symptom/complaint other
Y05 Scrotum/testis sympt/complt. other
Y06 Prostate symptom/complaint
Y07 Impotence NOS
Y08 Sexual function sympt./complt.(m)
Y10 Infertility/subfertility male
Y13 Sterilization male
Y14 Family planning male other
Y16 Breast symptom/complaint male
Y24 Fear of sexual dysfunction male
Y25 Fear sexually transmitted dis. male
Y26 Fear of genital cancer male
Y27 Fear of genital disease male other
Y28 Limited function/disability (y)
Y29 Genital sympt./complt.male other
Y70 Syphilis male
Y71 Gonorrhoea male
Y72 Genital herpes male
Y73 Prostatitis/seminal vesiculitis
Y74 Orchitis/epididymitis
Y75 Balanitis
Y76 Condylomata acuminata male
Y77 Malignant neoplasm prostate
Y78 Malign neoplasm male genital other
Y79 Benign/unspec. neoplasm gen. (m)
Y80 Injury male genital
Y81 Phimosis/redundant prepuce
Y82 Hypospadias
Y83 Undescended testicle
Y84 Congenital genl anomaly (m) other
Y85 Benign prostatic hypertrophy
Y86 Hydrocoele
Y99 Genital disease male, other

Social Problems Z

Z01 Poverty/financial problem
Z02 Food/water problem
Z03 Housing/neighbourhood problem
Z04 Social cultural problem
Z05 Work problem
Z06 Unemployment problem
Z07 Education problem
Z08 Social welfare problem
Z09 Legal problem
Z10 Health care system problem
Z11 Compliance/being ill problem
Z12 Relationship problem with partner
Z13 Partner's behaviour problem
Z14 Partner illness problem
Z15 Loss/death of partner problem
Z16 Relationship problem with child
Z18 Illness problem with child
Z19 Loss/death of child problem
Z20 Relationship prob. parent/family
Z21 Behaviour problem parent/family
Z22 Illness problem parent/family
Z23 Loss/death parent/family member
Z24 Relationship problem friend
Z25 Assault/harmful event problem
Z27 Fear of a social problem
Z28 Limited function/disability (z)
Z29 Social problem NOS

Abbreviations

Anom	anomaly
behav.	behaviour
bronch.	bronchus
complicat.	complication
congen.	congenital
dis.	disease
eval.	evaluation
exam.	examination
gen.	genital
malig.	malignant
metab.	metabolic
musculo.	musculoskeletal
NEC	not elsewhere classified
NOS	not otherwise specified
nutrit.	nutrition
oth	other
preg.	pregnancy
prob.	problem
RFE	reason for encounter
sympt.	symptom
unspec.	unspecified
w	with
w/o	without

KU LEUVEN — UNIVERSITEIT GENT — Universiteit Antwerpen — Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

EEN EXPLORATIE VAN GEZONDHEIDSZORG BIJ ASIELZOEKERS EN MENSEN ZONDER WETTELIJK VERBLIJF IN DRIE GROEPSPRAKTIJKEN VAN BRUSSEL IN 2015…

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: **DE MAESSCHALCK STEPHANIE** …
- FUNCTIE: **POSTDOCTORAAL ASSISTENT** …
- UNIVERSITEIT: **UNIVERSITEIT GENT** …
- FACULTEIT/VAKGROEP: **GENEESKUNDE / VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSZORG** …
- TELEFOONNUMMER: **0479 / 93 00 82**…
- FAX: …
- E-MAIL: **STEPHANIE.DEMAESSCHALCK@UGENT.BE** …
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: **JAN DE MAESENEER** …

CO-PROMOTOR

- NAAM: **FERRANT LOUIS**…
- FUNCTIE: **HUISARTS**…
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): **UNIVERSITEIT ANTWERPEN** …
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: : **GENEESKUNDE / CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE-VAKGROEP ELIZA** …
- TELEFOONNUMMER: **02 / 522 32 87** …
- FAX: **02 / 522 41 75** …
- E-MAIL: **LOUIS.FERRANT@UANTWERPEN.BE** …
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): **ROY REMMEN** …

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: **MUNYOKA MUANA-CYALU, ELYSÉE** …
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: **UNIVERSITEIT GENT**…
- FACULTEIT: **GENEESKUNDE**
- OPLEIDING: **MASTER HUISARTSGENEESKUNDE**
- TELEFOONNUMMER: **0472 / 11 68 31** …
- E-MAIL: **ELYSEE.MUNYOKA@UGENT.BE** …

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: **VAN HOOSTE ELS** …
- ADRES: **JOSEPH DUJARDINSTRAAT 8, 1070 ANDERLECHT**…
- TELEFOONNUMMER: **02 / 522 32 87**…
- E-MAIL: **ELS.VANHOOSTE@MEDIKUREGEM.BE** …
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): **WGC MEDIKUREGEM**…

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: **01/05/2016**...
- EINDE ONDERZOEK: **30/04/2017**...

(TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)

7. SOORT ONDERZOEK

☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ☐ **GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD**
- ☐ **GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE**
  - ☐ WELKE PERIODE: **01/01/2015** TEM **31/12/2015**....

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Door de oorlogssituaties en de economische crisis, ontvluchten meer en meer mensen hun thuisland. Daardoor bereikt vandaag de toestroom van vluchtelingen een zeer hoog niveau in België en elders in Europa. Wanneer vluchtelingen toekomen in België, hangt de kwaliteit van hun geestelijke en fysieke gezondheid af van verschillende factoren, onder andere : de breuk met hun oorspronkelijke habitat, de sociale en culturele ontworteling, de verbanning en zijn gevaren , het verlies van sociale status, de precaire situaties (geldnood), isolatie in gesloten of semi-open opvangcentra, langzame of omslachtige administratieve procedures, de angst voor verlies van vrijheid, de pijn van de scheiding, de onzekerheid van de toekomst, communicatie (taalbarrière bij anamnese, niet gekende medische geschiedenis in het thuisland), onwetendheid over de werking van het Belgische gezondheidszorgsysteem, een trauma vanuit het vaderland, en andere socio-culturele factoren.

Gezien de complexiteit van de aanpak van migranten in België een reële uitdaging is voor de volksgezondheid vandaag, lijkt het mij zeer belangrijk een studie uit te voeren met als titel : "Een explorerend onderzoek over de gezondheidszorg bij asielzoekers en mensen zonder wettelijk verblijf in drie groepspraktijken van Brussel in 2015". Om deze vraag te beantwoorden, gaan we na wat het sociaal-gezondheidsprofiel van de vluchtelingen is in onze studiegroep en of de huisarts bij deze patiënten een anticiperende rol van betekenis kan spelen. De studie is een retrospectief onderzoek via de elektronische medische dossiers van patiënten die behoren tot onze rekruteringcriteria: asielaanvrager in de procedure of zonder wettig verblijf zijn in België.. Alle dossiers van vluchtelingen in de asielprocedure of mensen zonder wettig verblijf die in 2015 consulteerden in de 3 praktijken zullen bekeken worden, en geanalyseerd worden op volgende zaken:

- Aanmeldingsklacht (reason for encounter)
- Diagnose
- Ondernomen acties (therapie, doorverwijzing, preventieve acties,...)
- Mate waarin een intake gebeurde met aandacht voor specifieke elementen eigen aan de groep.

We zullen gebruik maken van statistiek om onze gegevens te kunnen analyseren door middel van een EPIinfo, SAS of SPSS software.

Enerzijds zal deze studie de belangrijke factoren van de lichamelijke en geestelijke gezondheid bij vluchtelingen blootleggen en anderzijds zal dit onderzoek in een aantal groepspraktijken van de eerste lijn zowel de sterke punten als de lacunes in de huidige werkwijze van begeleiding op het spoor komen. Tenslotte zal de studie een aantal aanbevelingen formuleren voor de huisarts en verschillende vluchtelingenorganisaties om de kwaliteit van de aanpak en opvolging van vluchtelingen te kunnen verbeteren.
...

9. IS HET ONDERZOEK

☐ **EPIDEMIOLOGISCH**

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN)…… (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- ❑ **JA**
- ❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: …

D. LEEFTIJD : …

E. GESLACHT : …

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? **(SELECTIE DOOR SOCIALE DIENST PRAKTIJKEN (ASIELZOEKERS IN DE PROCEDURE EN MENSEN ZONDER WETTIG VERBLIJF, DIE MINSTENS EEN MAAL OP CONSULT IN DE DRIE PRAKTIJKEN IN 2015)**…

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- ❑ JA
- ❑ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- ❑ JA
- ❑ NEEN

MONDELING :

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? **DE STUDIE IS ANONIEM EN GAAT OVER DE GEGEVENS VAN ELEKTRONISCHE MEDISCHE DOSSIER**…

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? ...

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? ...

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

❑ JA
❑ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
❑ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA
❑ **NEEN**

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

❑ JA
❑ **NEEN**

ZO NEEN, WAAROM NIET ? **HET GAAT NIET OM PROEFPERSONEN** ...

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

❑ JA
❑ **NEEN**

ZO NEEN, WAAROM NIET ? **ANONIEM ONDERZOEK** ...

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

❑ JA
❑ **NEEN**

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

❑ JA
❑ **NEEN**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ JA
❑ **NEEN**

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

❑ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

....

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

❑ JA
❑ **NEEN**

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? ...

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

❑ JA
❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

❑ JA
❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? ...

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

...

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA
❑ **NEEN**

ZO JA: ...

A. LANGS WELKE WEG ? ...

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : ...

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? ...

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ❑ **NIET VAN TOEPASSING**
- ❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ❑ ERELOON:
  - ❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

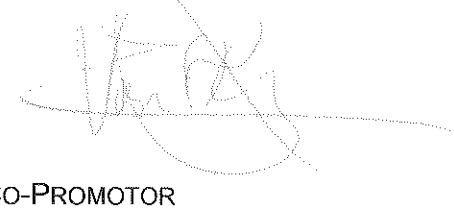
HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : **29/02/2016**
NAAM : **MUNYOKA ELYSÉE**
HANDTEKENING :



PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : **29/02/2016**
NAAM : **VAN HOOSTE ELS**
HANDTEKENING :



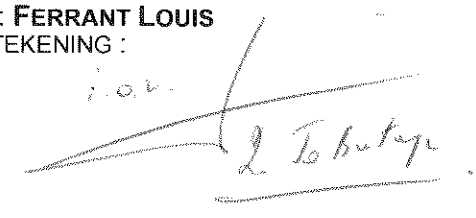
PROMOTOR

DATUM : **29/02/2016**
NAAM : **DE MAESSCHALCK STEPHANIE**
HANDTEKENING :



CO-PROMOTOR

DATUM : **29/02/2016**
NAAM : **FERRANT LOUIS**
HANDTEKENING :



DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM : **29/02/2016**
NAAM : **JAN DE MAESENEER**
HANDTEKENING :



Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 1ste Verdieping
Dr. Stéphanie DE MAESSCHALCK
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0337	30-mrt-16	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Een exploratie van gezondheidszorg bij asielzoekers en mensen zonder wettelijk verblijf in drie groepspraktijken van Brussel in 2015 (MaNaMa Elysée Munyoka Muana-Cyalu)

Belgisch Registratienummer: B670201627974

* Antwoord onderzoekers via mail Dr. E. Munyoka Muana-Cyalu dd. 18/03/2016 (ontv. dd. 21/03/2016) op opmerkingen EC dd. 09/03/2016
* Adviesaanvraagformulier (aangepaste versie via mail dd. 18/03/2016)

Advies werd gevraagd door:

Dr. S. DE MAESSCHALCK ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 23/03/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 23/03/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 23/03/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 23/03/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/04/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/04/2016

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0337	30-mrt-16	Zie "CC"

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Dr. S. DE MAESSCHALCK - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be