Voedingsadviezen bij kansarme gezinnen in de huisartsenpraktijk.
Kennis en perceptie van huisartsen.

Barbara Van Diest, UAntwerpen

Promotor: Dr. Stéphanie De Maesschalck, UGent

Co-promotoren: Dr. Louis Ferrant, UAntwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016-2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Voedingsadviezen bij kansarme gezinnen in de huisartsenpraktijk.
Kennis en perceptie van huisartsen.
Huisarts-in-opleiding: Barbara Van Diest, Universiteit Antwerpen
Academiejaar 2017-2018
Promotor: Stéphanie de Maesschalck, Universiteit Gent
Co-Promotor: Louis Ferrant, Universiteit Antwerpen
Praktijkopleiders: Annelies Lonnée en Tine Van Haegenborgh

Context: In Vlaanderen is er een groeiende gezondheidskloof tussen arm en rijk: kansarmoede leidt tot een slechtere gezondheid. Tussen kansarmoede en het gebrek aan gezonde voeding is een duidelijke relatie. De rol van de huisarts in het streven naar kwaliteitsvolle voeding bij kansarme gezinnen is echter onduidelijk.

Onderzoeksvragen: Wat is de perceptie en kennis van de huisarts over voeding en kansarmoede? Welke rol speelt de huisarts wat betreft gezond en toch goedkoop eten bij kansarme gezinnen? Hoe beleven huisartsen de aanpak van voedingsproblemen bij kansarme gezinnen?

Methode: In deze kwalitatieve studie werden huisartsen in regio Antwerpen geïnterviewd met behulp van een semi-gestructureerde vragenlijst. De huisartsen moesten uit verschillende soorten praktijken zijn. De resultaten werden verbatim uitgeschreven en nadien gecodeerd met behulp van NVivo.

Resultaten: In totaal werden 15 huisartsen geïnterviewd. Huisartsen weten doorgaans wel dat mensen in kansarmoede een eerder ongezond voedingspatroon hebben. Ze beseffen ook dat dit meerdere oorzaken heeft. Huisartsen weten echter niet exact wat gezonde voeding juist inhoudt, en zien het vooral als hun rol om voedingsproblemen te detecteren. Dit doen ze voornamelijk pas als er klachten zijn. Preventief optreden ligt veel minder voor de hand, en verschillende huisartsen vinden van zichzelf dat ze voedingsproblemen te weinig bevragen. Doorgaans proberen huisartsen zelf voedingsproblemen bij kansarme gezinnen aan te pakken. Als achtergrond lijken huisartsen vooral te vertrouwen op hun 'eigen gezond verstand', en maken ze minder gebruik van de richtlijnen. Ook geven huisartsen aan dat multidisciplinair samenwerken van belang is.

Conclusies: Voedingsadvies bij kansarme gezinnen in de huisartsenpraktijk is een complex en uitgebreid thema. Kansarme gezinnen ervaren veel drempels om gezond te eten. Maar ook huisartsen komen veel drempels tegen in hun praktijk om voedingsadvies te geven, zeker wanneer ze met een kansarme patiënt te maken hebben. Toch heeft de huisarts een belangrijke rol, die hij niet altijd kan vervullen. Om voedingsproblemen aan te pakken missen huisartsen informatie over gezonde voeding specifiek in de context van kansarmoede. Ze missen ook tijd, kennis van de sociale kaart, en de mogelijkheid om door te sturen naar een betaalbare diëtiste. Om optimaal advies te geven kunnen huisartsen ook meer aandacht geven aan de socio-culturele achtergrond van de patiënt.

Contact: vandiest.barbara@gmail.com

Inhoud

1. Inleiding 6

2. Onderzoeksvragen 7

3. Oriënterend literatuuronderzoek 7

3.1 Zoekstrategie 7

3.2 Verband tussen kansarmoede en voeding 7

3.3 Oorzaken van ongezonde voeding bij mensen in kansarmoede 9

3.4 Algemene aanpak in Vlaanderen 11

3.5 De rol en aanpak van de huisarts 12

4. Onderzoeksmethodiek 14

4.1 Studieopzet 14

4.2 Interviews 14

4.3 Analyse 14

5. Resultaten 15

5.1 Respondenten 15

5.2 Interviews 15

5.2.1 Percepties en kennis van de huisarts 15

Percepties en kennis van de huisarts over kansarmoede 15

Percepties en kennis van de huisarts over voeding (algemeen) 17

Percepties en kennis van de huisarts over voeding van kansarme gezinnen 18

5.2.2 Rol van de huisarts en aanpak in de praktijk 18

Algemeen 18

Aanpak in de praktijk van kansarmoede 19

Aanpak in de praktijk van voedingsproblemen bij kansarmen 20

5.2.3 Beleving van de arts 23

Algemeen 23

Drempels van de huisarts 24

Wat mist de huisarts? Hoe zou de huisarts zijn werk beter kunnen doen? 26

6. Discussie 29

Beperkingen studie 32

7. Conclusie 34

Aanbevelingen 34

8. Sociale kaart Antwerpen 35

9. Referenties 37

10. Bijlage 39

10.1 Script 39

10.2 Gunstig advies Ethisch Comité 41

10.3 Goedgekeurd protocol 43

10.4 Armoede in de gezondheidszorg signaallijst en communicatietips 46

1. Inleiding

Deze thesis gaat over voedingsadviezen bij kansarme gezinnen in de huisartsenpraktijk. Tijdens mijn eerste jaar als HAIO werkte ik in WGC De Regent in Antwerpen Noord. Een zeer diverse, multiculturele praktijk met veel patiënten in kansarmoede. Ik had al vaak gemerkt tijdens mijn consultaties dat veel patiënten geen gezond voedingspatroon hadden. En dit werd ook vaak door mijn collega's met heel wat ongeloof bekeken. Een patiënt met een baby die red bull in de papfles had zitten was geen uitzondering. Maar hoe ik dit kon aanpakken was niet duidelijk. Er bestaan geen richtlijnen rond. Ik werd dan ook aangespoord om met dit onderwerp aan de slag gegaan. Na wat rondhoren bij verschillende experten kwam ik terecht bij Dr. Louis Ferrant. Hij raadde mij aan om huisartsen over dit onderwerp te bevragen.

In Vlaanderen is er een groeiende gezondheidskloof tussen arm en rijk: kansarmoede leidt tot een slechtere gezondheid. Er is een onder andere een duidelijke relatie tussen kansarmoede en kwaliteit van voeding. De kansarmoede index voor jonge kinderen in het Vlaamse gewest is 12.82 % (1). De JOnG studie in 2013 onderzoekt het voedingspatroon en determinanten van sommige (on)gezonde voedingsgewoonten van Vlaamse peuters. Deze studie toont dat er een duidelijke sociaal-demografische gradiënt is in het voedingspatroon van jonge kinderen (bevraging van ouders op het ogenblik dat hun kind ongeveer 12, 24 en 36 maanden oud was, N= 3017). Voornaamste determinanten voor een voedingspatroon dat afwijkt van de leeftijdsspecifieke aanbevelingen zijn laag opleidingsniveau en niet-Belgische herkomst van ouder(s). Er is een verminderde consumptie van groenten, fruit en water, en meer consumptie van gesuikerde dranken en koeken (2). De nationale voedselconsumptiepeiling bevroeg 3200 individuen van 3 tot 64 jaar (3). Deze studie toont aan dat mensen met een lagere socio-economische status minder water drinken, minder volkoren producten eten, alsook minder groenten, minder en minder gevarieerd fruit, meer vlees en minder vis. Verschillende aanbevelingen en initiatieven bestaan al. De JOnG studie stelt enkele aanbevelingen voor, ook is er aandacht voor in het Vlaams actieplan Voeding en Beweging 2009-2015 (2, 4).

Ik vraag me af wat de rol van de huisarts is in het streven naar een kwaliteitsvolle voeding. De huisarts ziet deze problematiek zeker terug in de dagelijkse praktijk. Maar hoe gaat de huisarts hier mee om? Ziet de huisarts het als een van zijn taken om deze problematiek aan te pakken? Werkt de huisarts samen met andere disciplines? En geeft de huisarts dan adviezen?
Ik interview huisartsen om hun kennis en perceptie te bevragen over voedingsadviezen bij kansarme gezinnen in de huisartsenpraktijk.

2. Onderzoeksvragen

- Wat is de perceptie en kennis van de huisarts over voeding en kansarmoede?
- Welke rol speelt de huisarts wat betreft gezond en toch goedkoop eten bij kansarme gezinnen?
- Hoe beleven huisartsen de aanpak van voedingsproblemen bij kansarme gezinnen?

3. Oriënterend literatuuronderzoek

3.1 Zoekstrategie

Als voorbereiding op het kwalitatief onderzoek bekeek ik de medische literatuur. Ik onderzocht de vragen: 'Wat is de relatie tussen voeding en kansarmoede? Wat is de oorzaak? Wat is de aanpak? Wat is de rol van de huisarts? '

In de medische richtlijnen bestaat er geen informatie over het thema voeding bij kansarme in de huisartsenpraktijk. Ik bekeek hiervoor guidelines.gov, Domus Medica en NHG standaarden. NHG heeft wel leefstijladvies specifiek voor migranten en laaggeletterden. Op Eexepert of Voeding uitgedokterd bestaan geen richtlijnen specifiek voor kansarme groepen. Er bestaan ook geen systemische reviews of meta-analyses over dit onderwerp. Ik zocht op clinical evidence, ebmpractice net en cochrane.

Met de databank pubmed zocht ik naar relevante artikels. Ik gebruikte hiervoor de Mesh termen : General Practitioners, Physicians, Primary Care, Diet, Food, and Nutrition, Food Assistance, Food Supply, Poverty, Vulnerable Populations, Social Class. Verder selecteerde ik op review. Na het lezen van de abstracts kwam ik tot 11 relevante artikelen.

Extra informatie vond ik bij de nationale voedingsenquête, de Jong studie, Kind en Gezin, NICE en Vigez. In het boek 'Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren' van Maria van den Muijsenbergh en Eldine Oosterberg vond ik veel interessante informatie.

3.2 Verband tussen kansarmoede en voeding

Ten eerste moeten een aantal basis vragen onderzocht worden: Wat is nu eigenlijk kansarmoede? Hebben kansarme mensen een minder goed voedingspatroon?

Kind en Gezin definieert kansarmoede als een toestand waarbij mensen beknot worden in hun kansen om voldoende deel te hebben aan maatschappelijk hooggewaardeerde goederen, zoals onderwijs, arbeid, huisvesting. De kansarmoede index voor jonge kinderen in 2016 in het Vlaamse gewest is 12.82 %. In Antwerpen is dit 16,24% (1). Voor België bestaan volgende cijfers rond het voedingspatroon van

kansarme gezinnen. De jOng studie in 2013 onderzoekt het voedingspatroon en determinanten van sommige (on)gezonde voedingsgewoonten van Vlaamse peuters. Deze studie toont dat er een duidelijke sociaal-demografische gradiënt is in het voedingspatroon van jonge kinderen (bevraging van ouders op het ogenblik dat hun kind ongeveer 12, 24 en 36 maanden oud was, N= 3017). Voornaamste determinanten voor een voedingspatroon dat afwijkt van de leeftijdsspecifieke aanbevelingen zijn laag opleidingsniveau en niet-Belgische herkomst van ouder(s). Er is een verminderde consumptie van groenten, fruit en water. En meer consumptie van gesuikerde dranken en koeken (2).

De nationale voedselconsumptiepeiling bevroeg 3200 individuen van 3 tot 64 jaar (3). Deze studie toont aan dat mensen met een lagere socio-economische status minder water drinken, minder volkoren producten, minder groenten, minder en minder gevarieerd fruit, meer vlees en minder vis eten.

Ook volgende review uit de Verenigde Staten (2008) en studie uit het Verenigd Koninkrijk (1997) beschrijven dat voeding van hogere kwaliteit wordt geconsumeerd door mensen met een hoge opleiding en hoge socio-economische status. Daarnaast wordt voeding van een lagere kwaliteit geconsumeerd door mensen met een lagere socio-economische status en minder economische middelen (5). De voeding van lagere socio-economische groepen bevat minder fruit, groenten en volkoren brood. Ze missen hierdoor essentiële nutriënten zoals calcium, ijzer, magnesium, foliumzuur en vitamines. De ongelijkheid in de gezondheid volgens socio-economische status zou deels door voeding kunnen verklaard worden (6).

In de literatuur wordt op internationaal niveau gesproken over ‘food insecurity’. Dit is de gelimiteerde of onzekere toegang tot gezonde, cultureel relevante en veilige voeding. De prevalentie van ‘food insecurity’ in ontwikkelde landen is 4-14 %. En tot 82% in groepen zoals 1 ouder gezinnen of etnische minderheden. De belangrijkste voorspeller van food insecurity is armoede. Andere zijn : behoren tot een etnische minderheid, lager opleidingsniveau, jongere leeftijd en familie type. Food insecurity is geassocieerd met minder fruit en groenten intake, minder mager vlees, slechtere algemene gezondheid, chronische ziektes zoals cardiovasculaire ziekten en depressie, en overgewicht en obesitas (7).

Een recente studie in Parijs toont een prevalentie van 6.3% van *food insecurity*. In deze studie is *food insecurity* geassocieerd aan socio-demografische factoren, economische indicatoren, contextuele variabelen, een kind onder 3 jaar hebben en een één-ouder gezin. Er wordt ook aangehaald dat het Franse minimum inkomen te laag is om een gezonde en evenwichtige voeding te voorzien (8).

Gezonde voeding voorziet ons van de nodige energie en voedingsstoffen om optimaal te functioneren. De leidraad voor gezonde voeding is de voedingsdriehoek. Gezonde voeding heeft een belangrijk effect op de gezondheid. Vele effecten op korte termijn: alerter zijn, gezond gebit, regelmatige stoelgang, beter slapen en verhoogde stressbestendigheid. En ook op lange termijn: langer in goede gezondheid leven, gezond gewicht, betere bloeddruk, cholesterol en suiker, verlaging van kans op kanker, diabetes en hart- en vaatziekten, invloed van het voorkomen op mentale aandoeningen zoals dementie, depressie en ADHD (9).

3.3 Oorzaken van ongezonde voeding bij mensen in kansarmoede

In de nationale voedselconsumptiepeiling worden 3 grote oorzaken genoemd die leiden tot minder gezonde voeding. Dit is de kostprijs van voeding, de toegang tot voeding en kennis en houding tegenover voeding. Goedkopere voeding bevat typisch meer energie en is tegelijk armer aan nutriënten. Het is belangrijk gezonde voeding betaalbaar te maken/houden, bijvoorbeeld door gezonde voeding minder en ongezonde voeding meer te belasten. De toegang tot voeding of omgevingsfactoren houdt in dat er een beschikbaarheid van winkels in de omgeving moet zijn die gezonde voeding aanbieden. Dat er een aanbod tot gezonde voeding moet zijn als men buitenhuis eet en dat er aandacht op school en werk voor moet zijn. Hiernaast is het belangrijk dat mensen voldoende kennis hebben over voeding. Zo kunnen ze zelf bewuster hun voeding kiezen. Op deze factor kan ingegrepen worden door mensen beter te onderwijzen en informeren. Ook betere etikettering of betere controle op reclame kan mensen helpen betere voedingskeuzes te maken. Er is een sterke beïnvloeding van reclame, promoties en prijzen (3).

Een systematische review stelt ook vast dat de kostprijs van gezonde voeding een belangrijke barrière is tot gezonde voeding. Ze stellen dat gezondheidspromotie en educatie maar een klein effect kan hebben op kansarme gezinnen. Ze onderzoeken of structurele interventies een groter effect kunnen hebben dan individuele interventies. Vooral studies van het WIC programma in USA suggereren dat vrouwelijke participanten 10-20% verhoging hebben van nodige nutriënten door ‘gesubsidieerde voedingprogramma’s’. Er zijn geen data dat het echt effect heeft. Verder onderzoek is nodig (10).

Het voedingsinformatiecentrum (NICE) geeft ook aan dat kansarmen vaak een eenzijdig voedingspatroon hanteren omdat ze weinig vertrouwd zijn met andere producten, ze gaan ook zelden zelf op zoek naar informatie. Een meer uitgebreide productkennis kan zorgen voor meer variatie en een meer evenwichtige aanbreng van essentiële voedingsstoffen, maar het kan ook deels de budgettaire beperkingen compenseren. Om nieuwe informatie te kunnen overbrengen zijn verstaanbare en zeer concrete boodschappen op maat van en aansluitend bij de leefwereld van de doelgroep een vereiste (11).

Naast deze oorzaken worden in een review nog andere factoren bepaald. Deze review onderzocht de voedingsaanpassingen bij kansarme personen met diabetes en hartziekten. Hier werden 5 uitdagingen beschreven. . Dit op basis van 65 kwalitatieve studies waar de patiënten zelf bevraagd werden. Hier werden 5 uitdagingen beschreven. Het is moeilijk om zelfdiscipline te hebben. De kennis over voeding is belangrijk waarbij taal een belangrijke factor is. Het omgaan met de dagdagelijkse stress zoals drukke werkuren, emotionele stress, financiële druk en verantwoordelijkheid tegenover de familie is een grote uitdaging. Ook het overleg en de steun van de familieleden is een belangrijke factor. Als laatste wordt de sociale druk beschreven, hoe moeilijk het is om gezond te eten op sociale gelegenheden of de voeding aan te passen aan culturele gewoontes. Het is belangrijk met deze factoren rekening te houden en een individuele aanpak is dus noodzakelijk (12).

In het boek 'Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren' van M. van den Muijsenbergh en E. Oosterberg wordt ook aandacht aan dit thema gegeven. Een minder gezonde leefstijl wordt beïnvloed door de opleiding, sociaal-culturele factoren (voedingsgewoonten en opvatting over bewegen) en stress. Laagopgeleide mensen ervaren vaker stress dan hoogopgeleiden. Chronische stress leidt tot meer obesitas en metabool syndroom (via verhoogd cortisolgehalte), tot meer depressie en roken en tot minder bewegen (13).

NHG heeft leefstijladvies specifiek voor migranten en laaggeletterden. Hier wordt ook aandacht gegeven aan verschillende oorzaken. Bij leefstijladvisering aan migranten en laaggeletterden ontstaat soms de indruk dat de adviezen niet overkomen of niet worden opgevolgd. Onderzoek toont ook aan dat deze groepen minder succesvol zijn bij afvallen, bewegen en stoppen met roken. Veelvoorkomende oorzaken zijn:

- Gebrekkige communicatie door: - gemis aan kennis over het functioneren van het menselijk lichaam; - taalproblemen.
- Gebrek aan motivatie door: - gebrekkige aansluiting bij de leefwereld of prioriteiten van de patiënt (bijvoorbeeld bestaande voedingspatronen en voorkeuren, afwijkende visie op overgewicht, sociale problematiek of stress).
- Gebrekkig succes bij het opvolgen van adviezen door: - organisatorische of financiële belemmeringen (bijvoorbeeld een te dure of verafgelegen sportschool, geen mogelijkheid tot ongemengd sporten); - gebrek aan begrip of ondersteuning vanuit de sociale omgeving (bijvoorbeeld het belang van gastvrijheid en het altijd voedsel kunnen aanbieden; het niet door alle culturen accepteren van sporten door vrouwen (14).

In het kader van de kennis en houding tegenover onder andere voeding wordt er nu ook meer aandacht gegeven aan de gezondheidsvaardigheden van mensen. Gezondheidsvaardigheden (of *health literacy*) is het vermogen om gezondheidsgerelateerde informatie te verkrijgen, te begrijpen en toe te passen. Dit vermogen wordt bepaald door een combinatie van endogene factoren (intelligentie en persoonlijkheid) en exogene factoren (opleiding, voorlichting, en communicatie binnen de gezondheidszorg). Beperkte gezondheidsvaardigheden leiden tot minder gezonde keuzes, slechtere gezondheid, minder zelfmanagement en meer ziekenhuisopnamen. In het boek van M. van den Muijsenbergh wordt ook beschreven dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden meer moeite hebben dan andere om gezond te leven en om optimaal met ziekte om te gaan (zelfmanagement). Het zelfvertrouwen in je vermogen om invloed te hebben op je leven en de verwachting dat je door aanpassing van je gedrag werkelijk de uitkomsten van je ziekte positief kun beïnvloeden (*self-efficacy)* is cruciaal voor zelfmanagement. Mensen met een laag gevoel van *self-efficacy* hebben veel moeite met het doorvoeren van veranderingen in hun leefstijl (13). Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden hebben meer ondersteuning nodig van de huisartsenpraktijk. Als hulpverlener is het belangrijk hier aandacht voor te hebben. Bij 40% van de Vlaamse volwassenen en 18 % van de jongeren is het niveau van de gezondheidsvaardigheden problematisch tot onvoldoende (15).

Toegepast op voeding wordt deze term '*food literacy'*. Dit wordt gedefinieerd als het gegeven dat individuen, huishoudens en gemeenschappen versterkt om de kwaliteit van voeding bewaren. Het is een combinatie van kennis, vaardigheden en gedrag dat nodig is om te plannen, te organiseren, te selecteren, eten klaar te maken en te eten om te voorzien aan de noden en noodzakelijke intake (16).

3.4 Algemene aanpak in Vlaanderen

Ook het Vlaams actieplan Voeding en Beweging 2009-2015 geeft aan dat er meer nodig is. Eén van de prioriteiten is: aanreiken van geschikte hulpmiddelen aan lokale beleidsactoren en organisaties die met kansarmen en/of etnisch culturele minderheden werken, om sociale risicogroepen aan te zetten tot gezond bewegen en evenwichtig eten (4).

Het onderwijs in Vlaanderen wilt het gezondheidsbeleid van scholen versterken met het actieplan 'Hoog tijd voor geZONtijd'. Er is ook aandacht voor voeding en eetgedrag. Verder zijn er subsidies voor het verdelen van schoolfruit/groenen/melk is en wordt er gestreefd naar een evenwichtig en gevarieerd aanbod dranken en tussendoortjes in de school. Scholen kunnen extra informatie vinden op gezondeschool.be (17).

Eerder werd al gezegd dat een informatie op maat en een individuele aanpak nodig is. Er word vooral benadrukt dat er nog veel meer aandacht voor deze problematiek nodig is.

De JOnG studie stelt voor dat er voor de Vlaamse voedingsaanbevelingen meer aandacht moet gaan naar specifieke risicogroepen (o.a. laag opleidingsniveau en/of jonge leeftijd van moeder, ouders van niet-Belgische herkomst...). Ook dat het wenselijk is om de communicatiestrategieën aan deze doelgroep aan te passen (2).

Hierbij als voorbeeld om frisdranken tot een minimum te beperken. Om de hogere consumptie van zoete dranken bij peuters met lagere socio-economische achtergrond te voorkomen, worden drie specifieke oudergewoonten afgeraden met name: Het toedienen van zoete dranken bij de warme maaltijd, het kind zich laten bedienen in frisdranken wanneer het dit wenst , het hebben van frisdranken in huis (18).

Het voedingsinformatiecentrum NICE geeft een concreet lijstje met tips voor goedkope voeding (zie punt 8. Sociale kaart). Verder worden ook aangeraden: kooklessen op maat, etiketten leren lezen en winkeloefeningen. Voor een duurzaam resultaat raden ze aan voedingsactiviteiten te kaderen in een bredere werking naar kansarmen en te streven naar een aanpak waarbij projecten in langlopende programma's kunnen worden ingepast (11).

3.5 De rol en aanpak van de huisarts

Voeding bij kansarme gezinnen is een complex probleem. Juiste informatie en begeleiding op maat is nodig. Er bestaan al veel organisaties die mensen helpen. Kan de huisarts hier een rol in spelen? En hoe kan de huisarts hier een rol in spelen?

Een Australisch artikel uit 2015 geeft enkele redenen waarom een huisarts betrokken zou moeten zijn en wat hij kan doen. De huisarts behandelt de gevolgen van *food insecurity* (fysiek, sociaal, emotioneel en chronische ziektes). En de huisarts heeft de opportuniteit om *food insecurity* te identificeren en samen te werken met andere gezondheidspromotoren. Een huisarts kan patiënten doorverwijzen naar een diëtiste, sociale kruidenier of naar een organisatie voor financiële hulp. Hij heeft een belangrijke rol in het counselen van patiënten over gezonde voeding (19).

Een onderzoek van Detollenaere beschrijft een goede algemene aanpak van de huisarts. Het onderzoek toont aan dat een persoonsgeoriënteerde huisarts geassocieerd is met meer patiënten-tevredenheid en minder uitstel van zorg omwille van financiële redenen. Een persoonsgeoriënteerde huisarts heeft een perspectief op de hele patiënt. En heeft ook aandacht voor de sociale context van een persoon. Dit door naast de klachten ook te vragen naar bijvoorbeeld 'hoe gaat het op het werk?'(20).

Consultaties bij kansarme patiënten hebben vaak een andere inhoud dat consulten bij niet-kansarme patiënten. Een recente Australische studie onderzocht het verschil in inhoud van consultaties bij de huisarts bij patiënten met een lage socio-economische status (SES) tegenover een hoge socio-economische status (N= 57 235, waarvan 21 547 (37,6%) patiënten met een lage socio-economische status). De meeste consultaties die minder werden gezien bij patiënten met laag SES waren preventieve consulaties (vb vaccinaties, anticonceptie). Deze consulten werden ook minder als reden opgegeven door patiënten met een lage SES. Er werd dan als conclusie gesteld dat huisartsen patiënten in laag SES meer moeten herinneren aan preventieve consulten (21).

NHG heeft leefstijladvies specifiek voor migranten en laaggeletterden. Bij het geven van leefstijladvies moet de huisarts letten op verschillende zaken. De achtergrond en referentiekader van de patiënt, afstemmen van de communicatie, aanpassing aan de leefwereld van de patiënt, patiënt-gericht werken en organisatie van groepsbijeenkomsten (14).

In het boek van M. van den Muijsenbergh wordt hier ook verder op ingegaan. Veel effectieve leefstijl bevorderende interventies zijn niet getest onder mensen in kansarmoede. Het meest effectief blijkt een uitnodiging voor een gezondheidscheck door de huisarts, gevolgd door een advies dat aansluit bij de persoonlijke omstandigheden, waarbij relatie gelegd wordt tussen de ongezonde leefstijl en de gezondheidsklachten en waarbij de familie/ omgeving wordt betrokken. Advies krijgen mensen het liefst eerst persoonlijk van hun huisarts of een andere gespecialiseerde gezondheidsprofessional. De studie van Eusman et al. in 2011 concludeert dat bij leefstijladviezen veel waarde wordt gehecht aan wat de dokter zegt, maar bewoners van achterstandswijken willen wel graag concrete opdrachten, liefst op recept (dus bewegen, voeding en ander leefstijladvies letterlijk en figuurlijk op recept) (13).

De huisarts is goed geplaatst om deze rol mee op te nemen. Een multidisciplinaire samenwerking is wel nodig. En een individuele leefstijladvisering: inventariseer hoe iemand leeft, welke stress factoren, wat en met wie hij eet, hoe hij beweegt, welke omgevingsfactoren; bespreek de ICE; vraag naar een probleem waar hij iets zou willen verbeteren; leg verband tussen ongezonde leefstijl en lichamelijke klachten; geef concrete adviezen; controle afspraak met positieve benadering; betrek de omgeving; verwijs naar groepsactiviteiten; besteed aandacht aan de kosten (13).

4. Onderzoeksmethodiek

4.1 Studieopzet

Er werd gekozen voor een kwalitatieve studie om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Huisartsen werden geïnterviewd. Ik gebruikte hiervoor een semi-gestructureerde vragenlijst.

Ter ondersteuning gebruikte ik het boek kwalitatief onderzoek van NHG (22).

Ik heb het script opgesteld op basis van het literatuuronderzoek en overleg met experten (zie bijlage). De experten die ik hiervoor gecontacteerd heb zijn Bruno Buytaert (Vigez), Hilde Bastiaens (UA, Huisartsgeneeskunde) en An Gielen (Diëtiste bij sociaal steunpunt noord). Ook verzamelde ik informatie tijdens de netwerkdag van Voeding en Armoede op de UA. En had ik contact via mail met CAW, Logo, Eetexpert en filet divers.

Dit script heb ik eerst samen met mijn toenmalige collega Dr. Katrien de Troeyer (die een opleiding gevolgd heeft over kwalitatief onderzoek) opgesteld. Met dit script heb ik een proefinterview gedaan met mijn praktijkopleider. Nadien kreeg ik terug feedback op het script van Dr. Katrien de Troeyer en Dr. Louis Ferrant.

Tijdens het verloop van de interviews werd het script nog verder aangepast.

4.2 Interviews

Na het opstellen van het script heb ik huisartsen in Antwerpen gecontacteerd met de vraag om geïnterviewd te worden. Ik heb huisartsen gecontacteerd via de wachtpost Antwerpen-Centrum en nadien via de huisartsen zelf.

Voor de representativiteit van de studie moesten dit huisartsen zijn uit verschillende soorten praktijken (solo of duo praktijk, groepspraktijk, WGC).

De voorziene duur van een interview was dertig minuten. Elk interview werd opgenomen.

4.3 Analyse

De interviews werden verbatim uitgeschreven. Nadien werden de interviews met behulp van NVivo gecodeerd. Met deze codering werd een codeboek opgesteld. Op basis hiervan werden de resultaten neergeschreven.

5. Resultaten

5.1 Respondenten

Er werden 15 interviews afgenomen bij huisartsen in de Regio Antwerpen.

Geslacht	**Aantal**
Man	5
Vrouw	10

Praktijk	**Aantal**
Duo/ solo praktijk	5
Groepspraktijk + diëtiste	4
Groepspraktijk	3
WGC / Dvdw / Gvhv*	3

*WGC= wijkgezondheidscentrum. Dvdw = Dokters van de wereld. Gvhv = Geneeskunde voor het volk.

De meeste praktijken geven aan dat ze veel kansarme patiënten hadden. 2 praktijken geven aan dat ze geen of weinig patiënten in kansarmoede hebben.

5.2 Interviews

Hierna volgen de resultaten van de interviews over de verschillende thema's. Eerst wordt de perceptie van de huisarts beschreven over kansarmoede en voeding. Nadien de rol van de huisarts, de aanpak in de praktijk en de beleving van de arts.

5.2.1 Percepties en kennis van de huisarts

Percepties en kennis van de huisarts over kansarmoede

Kansarmoede wordt beschreven in de interviews als mensen die minder toegang en kansen hebben om deel te nemen aan de maatschappij op vlak van onderwijs, gezondheidszorg, werk, vrije keuze en andere.

'Kansarmoede is dat mensen ofwel door financiële of door andere redenen minder toegang hebben tot onderwijs of vrije tijds besteding of gezondheidszorg.' (huisarts 1)

'Dat je minder kansen krijgt door de armoede? Kom het daarvan? Ik denk dat doordat je in armoede leeft je minder kansen krijgt op allerlei verschillende niveaus.' (huisarts 12)

Als risicofactoren geven de artsen aan: opleiding van de ouders, eigen opleiding, één ouder gezinnen, hebben van werk of papieren, taal, analfabetisme, sociale ondersteuning, allochtonen, het gezin waar ze in opgroeien en huisvesting.

'De mensen die het financieel moeilijk hebben, de mensen die minder vaardigheden hebben, door analfabetische, door laag opgeleid zijn. De mensen die het moeilijk hebben de gewone dingen in het leven te realiseren.' (huisarts 7)

Enkele huisartsen geven duidelijk aan dat ze een verschil zien tussen mensen in armoede of kansarmoede.

'Wat wij zien op de praktijk: kansarmoede is meer dan enkele geen inkomen. Ik vind dat dat te maken heeft met kansen, onderwijs enz.' (huisarts 11)

'Ik heb onlangs een patiënt gezien die nu in armoede zit. En ik zei tegen haar: 'Ik zie nu zelf goed het verschil tussen armoede en kansarmoede'. Omdat die vrouw eigenlijk wel direct terug als die solliciteert en een job vindt de capaciteiten heeft op alles terug op te bouwen.
Je voelt dat als er op veel vlakken een probleem is, het dan moeilijker is om eruit te geraken. Bv. geen sociale ondersteuning, geen familie hier, weinig geld hebben, de taal niet machtig zijn of in problematische situaties terecht komen. Dat is dan echt kansarmoede.' (huisarts 10)

De huisarts herkent mensen in kansarmoede vooral aan hun financiële status, het omnio statuut.
Andere kenmerken die worden vermeld zijn hun voorkomen, het frequent komen op raadpleging, hulp nodig hebben bij documenten, taalproblemen, meer uitleg moeten geven, meer sociaal overleg en hun huisvesting. Soms geven patiënten zelf aan dat ze financiële problemen hebben.

'Het statuut: omnio of OCMW of dakloos. Dat weet je, hoor je of vraag je. En dan zie je dat aan bepaalde zaken. Bv. manier van kleden, kinderen hebben vaak gewoon een koek in de hand, of snoep. Bij sommige kansarmen: de geur, weinig hygiëne. Het algemeen uitzicht, onverzorgder.'
(huisarts 4)

Maar vaak is het niet zo opvallend voor de huisarts dat mensen in kansarmoede leven. Er zijn meerdere consultaties voor nodig om patiënten en hun situatie te leren kennen. Enkele huisartsen geven aan dat het belangrijk is om hiervoor open te staan en door te vragen bij elk consult.

'Je moet die een paar keer gezien hebben. Ik vind niet dat je dat merkt vanaf de eerste keer. Als die gewoon komen met een vage verkoudheid dan haal je dat er niet uit. Maar na een aantal keer haal je dat er wel uit. Bv. vaccinaties zijn niet in orde bij kleine kinderen of je moet meer een sociaal probleem gaan uitwerken. Maar ik vind zeker dat je dat niet ziet op het eerste zicht. En dat is ook het gevaar van kansarmoede dat dat niet afleesbaar. (huisarts 9)

Percepties en kennis van de huisarts over voeding (algemeen)

De algemene (niet alleen bij kansarmen) voedingsproblemen die huisartsen beschrijven zijn: weinig gevarieerde voeding, te veel suiker, te weinig groenten en fruit, te veel of te weinig eten en te overdreven bezig zijn met voeding.
Meerdere huisartsen zeggen niet goed zelf te weten wat gezonde voeding is.

'Over voeding zijn er veel verschillende stromingen. Nu is er wel die voedingsdriehoek. Ik vraag me wel af er 1 juiste methode is.' (huisarts 14)

'Soms loop je ook wat verloren, in wat is gezonde voeding. Ik weet niet of daar richtlijnen rond bestaan?' (huisarts 12)

Enkele huisartsen die veel in contact komen met andere culturen stellen zich vragen bij de westerse kijk op voeding.

'Wij zitten hier met onze westerse kijk: veel fruit, bruin brood. Terwijl je misschien een Nigeriaanse vrouw hebt die is opgebracht met het idee van: als je vlees kunt betalen ben je een voornaam iemand, dus eet vooral veel vlees. En groenten en fruit dat eet je eigenlijk niet, dat is voor de dieren.
'In onze ogen is dat niet gezond, in haar ogen is dat wel gezond. Dat is vaak heel moeilijk om te zoeken in hoeverre moeten wij hen overtuigen van onze waarden. Dan vraag ik mij af: is het wel zo juist altijd wat wij hen willen verkopen?' (huisarts 5)

Percepties en kennis van de huisarts over voeding van kansarme gezinnen

Alle huisartsen zeggen dat mensen in kansarmoede een ongezonder voedingspatroon hebben. Algemeen eten mensen in kansarmoede minder gevarieerde voeding. Concreet is dat veel frisdrank, energy drinks, fastfood, goedkope voeding, papfles met cola, chips, koeken, veel vet, minder groenten en fruit en minder verse producten.
Er zijn verschillende drempels voor kansarmen om tot gezonde voeding te komen. De belangrijkste oorzaken die de huisartsen zien zijn financieel en kennis.

'Omdat ze niet weten wat gezonde voeding is, of dat ze het niet kunnen betalen.' (huisarts 8)

Mensen in kansarmoede hebben minder financiële middelen en gezonde voeding is ook duurder dan ongezonde voeding.

'Maar ik denk dat fruit, groenten, aardappelen en vlees kopen voor een gezin met 4 personen, dat gaat wel wat kosten. En als je dan pizza van 1 of 2 euro koopt. Dat is misschien goedkoper dan al de rest.' (huisarts 2)

Verder ook andere prioriteiten hebben, de voeding moeten kunnen organiseren, gebrek aan vaardigheden, gebrek aan tijd, een andere cultuur en opvoeding.

5.2.2 Rol van de huisarts en aanpak in de praktijk

Algemeen

De meeste huisartsen vinden voedingsproblemen bij kansarme gezinnen een deel van hun rol als huisarts. Maar dan vooral in samenwerking met anderen (diëtiste, sociaal assistent,..).

'Huisarts is daar 1 schakel in, in de gezondheidsketen.' (huisarts 12)

De huisartsen vinden dat het ook de taak is van anderen buiten de gezondheidszorg. Ze vinden dat het vooral ook de rol van de school is.

'Ik denk dat het belangrijk is dat er veel voorlichting op school. Omdat ik merk dat kinderen daar dat ook oppikken en er mee bezig zijn.' (huisarts 1)

'Scholen denk ik zeker ook. Leerkrachten zien elke dag hun boterhammen doos, bv elke dag witte boterham met choco. Ik denk dat dat zeker iets is om mee te nemen.' (huisarts 8)

Ook de overheid heeft een rol in de aanpak, een maatschappelijk assistent, een diëtiste, kind en gezin, het CLB en de patiënt zelf.

De huisarts ziet het vooral als hun rol om voedingsproblemen op te merken en dan verder door te verwijzen. Ook pakken ze de voedingsproblemen aan in de praktijk. Maar ze zien hun rol hierin eerder beperkt. De drempels om deze rol op te nemen worden verder besproken.

Vraag: 'Is dit de rol van de huisarts?'
Antwoord: 'Ik denk dat wel, alles wat met gezondheid heeft te maken. ik denk dat heel veel zaken de taak zijn van de huisarts, niet om dat in de diepte te begeleiden maar om mee even te screenen en zo nodig door te verwijzen.' (huisarts 9)

'Ja op z'n minst een poortwachter functie. Om door te verwijzen naar de juiste instanties.' (huisarts 13)

Aanpak in de praktijk van kansarmoede

Huisartsen vertellen hoe ze omgaan met kansarmoede in de praktijk. Algemeen wordt er door enkele huisartsen gesproken over een open communicatie, ervoor open staan, de sociale context van de patiënt exploreren en meer uitleg geven. Een huisarts vertelt dat ze dit expliciet in hun EMD opschrijven en hierdoor vaker achter de sociale situatie van patiënten vragen en er aandachtig voor zijn.
Een andere huisarts zegt laagdrempelig te zijn door in de buurt met veel kansarmoede te zitten, vrije raadpleging te houden en patiënten meer te ondersteunen.
Meerdere huisartsen vertellen dat ze patiënten in kansarmoede meer moeten helpen en praktisch ondersteunen. Bijvoorbeeld door een afspraak in het ziekenhuis te maken voor hen, hen zelf op te bellen of een wegbeschrijving mee te geven.

'Je gaat misschien wat vaker zeggen: 'ik ga u bellen'. In plaats van 'jij moet mij bellen', anders gaan ze niet bellen omdat ze geen belwaarde hebben. Of ik zal het wel opsturen het voorschrift omdat ze anders niet gaan komen. Je gaat daar misschien iets meer voor doen omdat je voelt dat het anders niet lukt.' (huisarts 7)

'Ik probeer wat aan health education te doen. En dan probeer ik stap voor stap uit te leggen: dat moet je doen, daar gaan we geraken, dat mag je zelf en bij alarmsymptomen moet je naar hier komen.' (huisarts 3)

Bij de forfaitaire prakijken valt de financiële drempel weg. Bij de andere praktijken wordt met derde betaler gewerkt.

'We drukken er altijd op dat ze niet mogen uitstellen om naar de dokter te komen. Omdat het anders erger wordt als ze ziek. Dus ik denk dat mensen hier in de praktijk niet echt schroom hebben om naar de dokter te komen. Als je dat eens goed hebt uitgelegd 'kijk we zijn er hier om u te helpen' dan durven ze de volgende keer wel sneller die stap naar ons zetten. Patiënten die hier echt patiënt zijn, die weten wel dat ze hier heel makkelijk derde betalers krijgen.' (huisarts 6)

Een praktijk zegt altijd 20 minuten per consult te nemen, om zo de tijd te hebben om naar hun sociale situatie te vragen.

Huisartsen werken ook vaker samen met andere gezondheidsactoren bij patiënten in kansarmoede en bespreken de casussen vaker met andere huisartsen in de praktijk. Er wordt vooral samengewerkt met maatschappelijke assistenten, bv steunpunt zuid.

'En door te proberen zo veel mogelijk mensen erbij te betrekken. Als je ziet dat er echt een kansarmoede probleem is, niet denken ik ga dat als praktijk eens oplossen, maar proberen andere organisaties erbij te betrekken. De school als het met kinderen is. Op het Kiel heb je ook samenlevingsopbouw, sociaal steunpunt. Proberen toch een aantal mensen op de zaak te zetten.' (huisarts 11)

Een praktijk zegt niet met kansarmoede om te gaan, en vooral oog te hebben voor het medische. Een andere huisarts zegt geen andere aanpak te hebben voor patiënten in kansarmoede.

Aanpak in de praktijk van voedingsproblemen bij kansarmen

Hoe en wanneer vraagt de huisarts naar voedingsproblemen?

De meeste huisartsen bevragen voedingsproblemen. Ze doen dit meestal met een voedingsanamnese. Vragen die ze hierbij stellen zijn: 'Wat eten jullie? Hoe vaak eten jullie? Fruit en groenten? Wat lust je graag?'. Ook de beweging wordt door enkele huisartsen bevraagd. Sommige huisartsen zetten patiënten makkelijk op de weegschaal en meten ze.

'Vanaf dat ik merk dat iemand in mijn opzicht niet logisch babbelt over voeding. Of dat hij bepaalde dingen eet die helemaal niet moet. Dat ga ik er verder op ingaan, met die parameters. Ik doe dat tegenwoordig heel snel, als mensen met een verkoudheid komen, die moeten op de weegschaal als ik vermoed dat iemand overgewicht heeft.' (huisarts 12)

Een paar huisartsen vragen ook naar de sociale factoren: ' Eten jullie samen? Of eet je als je honger hebt? Wordt er thuis gekookt? Eet je thuis?'
Eén huisarts geeft specifiek aan naar onderliggende factoren te vragen zoals omgevingsfactoren, familiale situatie,..
De huisarts bevraagt de voeding alleen als er problemen zijn. Ze gaan het niet actief of preventief bevragen. Problemen waarbij het onderwerp voeding wordt besproken zijn: als de kinderen slecht eten, buikklachten, overgewicht, ondergewicht, afwijkende waarden van lipiden in labo, obstipatie, diabetes, cariës of vermoeidheid. Sommige geven aan dat ze dit bevragen na doorverwijzing van CLB, bv. bij obesitas.

'We vragen er wel achter, maar alleen in het kader van een probleem. Dus als het kind met iets anders komt: niet. Maar als een kind komt met cariës, buikproblemen, slecht slapen, obstipatie: dan zeker wel.' (huisarts 9)

Enkele huisartsen vinden van zichzelf dat ze het te weinig bevragen.
Patiënten beginnen niet vaak zelf over dit probleem. Patiënten die vragen hebben over voeding eten meestal al gezond of zijn niet kansarme. Enkele stellen een vraag over voeding als ze willen afvallen of voedingsadvies willen voor hun kinderen.

Pakt de huisarts voedingsproblemen bij kansarme aan? En hoe?

Enkele huisartsen pakken zelf voedingsproblemen bij kansarme gezinnen aan. Ze geven hierbij vooral algemene informatie. Bv: gevarieerd eten, fruit en groenten eten, 3x per dag eten, geen tussendoortjes. Ook uitleggen welke voeding ongezond is. Verder proberen ze in kleine stapjes met praktische adviezen het voedingspatroon te veranderen.

'Ik geef soms aan: je moet je dag verdelen, beter om 3 keer te eten, tussendoortjes gezonder, kleine stapjes.' (huisarts 4)

'Soms geef ik die wat tips: wat saus koken, vegetarische pasta, met groenten. Dat kan je volgens mij voor 5 euro kopen. Bv. steek een brood in de diepvries. Het zijn ook vaak praktische beslommeringen errond die ze dan vaak niet doorhebben.' (huisarts 9)

Enkele huisartsen geven aan dat ze bij kansarmen meer uitleg moeten geven.
Andere zeggen dat hun aanpak niet verschilt tussen kansarmen en niet kansarme patiënten.

'Of dat je nu arm bent of rijk. Je moet gezond eten. Het is dezelfde aanpak.' (huisarts 6)

De meeste huisartsen zeggen hun gezond verstand en eigen ervaring te gebruiken bij hun adviezen. In de opleiding geneeskunde komt dit thema weinig aan bod. De meest gebruikte bronnen zijn de voedingsdriehoek en thuisarts.nl. Andere die maar enkele keren worden vermeld zijn: Nice info, K en G beeldmateriaal, diabetes liga, voeding uitgedokterd en folders door hun eigen diëtiste gemaakt.

Vraag: 'Van waar haal je informatie?'
Antwoord: 'Vooral gezond verstand' (huisarts 14)

Bijna alle artsen gebruiken de voedingsdriehoek om informatie te geven. Enkele vinden dit een handige tool. De meeste hebben vragen bij de effectiviteit en de toepasbaarheid op andere culturen.

De meeste huisartsen sturen niet door naar een diëtiste, vanwege de kostprijs. Maar ze weten meestal ook niet wat de exacte prijs is van een consultatie. Ze weten wel dat er via de mutualiteit terugbetaling is, en dat het goedkoper is via zorgtrajecten.

'En wat dan ook een drempel is om naar een diëtiste te sturen, omdat dat veel te veel geld kost. En ik zie dat ik dat ook bij mezelf zie, dat je dat gewoon niet voorstelt aan mensen. Omdat je weet die kunnen dat toch niet betalen. Terwijl je bij een andere persoon direct zegt dat ze best eens naar een diëtiste gaan als er voedingsproblemen zijn.' (huisarts 12)

Enkele sturen wel door naar een diëtiste, bij overgewicht, diabetes, als patiënten totaal niet weten wat gezonde voeding is of als er geen vooruitgang is. Dit is dan een diëtiste in de praktijk (forfaitair, of goedkoper (5-10 euro)), verpleegkundige in de praktijk (diabetes en zwangeren), diëtiste in ziekenhuis (zorgtraject) of steunpunt noord (gratis voor omnio).

Ook wordt er doorverwezen naar tweede lijn (UKJA, pediater, endocrinoloog). Er is een samenwerking met Kind en Gezin en met het CLB. Voor de sociale/ financiële situatie wordt doorverwezen naar het OCMW, mutualiteit, CAW en het sociaal steunpunt.
Een paar huisartsen verwijzen rechtstreeks door naar Huis van het Kind (vb gratis melkpoeder), sociale restaurants, voedselbanken, ifka (vrouwenorganisatie), poverello, bewegingscoach en vrije tijds consulent.

Twee praktijken in Hoboken hebben een goed contact met het sociaal steunpunt zuid. Hier wordt naar doorverwezen voor verdere doorverwijzing naar andere hulporganisaties voor voeding of sociale ondersteuning.
Ze geven beide aan dat het sociaal steunpunt misschien zou verdwijnen en dat dit een groot gemis zou zijn.

'Een patiënt met diabetes en hba1c van 9.7 %,. Ik spreek hem aan maar hij vertelt: 'Mijn zoon heeft 3 boetes gekregen, komt 's avonds niet thuis, ik denkt dat hij drugs gebruikt. Mijn dochter van 16 komt ook niet thuis die had een loverboy. Mijn vrouw maakt continue ruzie, geen seksueel contact, maar ze is wel zwanger, van mij of niet? Er is geen geld om baby te verzorgen en ik heb hartkloppingen van de angst.'
En dan ben bel je sociaal steunpunt. En die gaat met die mensen naar een advocaat, schakelt andere diensten in, organiseert een zorgoverleg. En als dat wat stabiel is, kan je je patiënt terug zien en de suiker te regelen.
Dat is zelfde met kansarmoede en voeding. Je wilt beginnen over voeding, maar er is veel extra. Dan eerst ondersteuning bij bv. sociaal steunpunt. ' (huisarts 11)

5.2.3 Beleving van de arts

Algemeen

De meeste artsen vinden het niet moeilijk om het voedingspatroon te bevragen.
Enkele hebben het gevoel dat patiënten niet eerlijk durven zeggen wat hun voedingspatroon is, omdat ze zich schamen of weten dat ze niet gezond eten. Patiënten ontwijken het onderwerp en staan er niet voor open.
Andere artsen hebben het gevoel dat patiënten dit juist wel graag hebben. Omdat ze niet durven vragen 'eet ik nu gezond? of ben ik te dik?'. Eén arts vind het moeilijk om te bevragen wat de financiële situatie is.

Artsen geven aan dat ze het moeilijk vinden om bij hun uitleg niet te belerend over te komen. Ze proberen dit op een empathische manier te doen. Eén arts zegt dat ze het wel vermoeiend vindt om altijd dezelfde uitleg opnieuw te doen.

'Ik vind het wel moeilijk om er iets aan te veranderen, om op een empathische manier zonder vingertje er iets aan te veranderen.' (Huisarts 9)

Eén arts had een opvallend grote interesse voor voeding en preventie tijdens het interview.

Vraag: 'Ik merk tegenover de voorbije interviews dat u heel veel informatie heeft en er veel voor doet. Heeft u er speciale interesse in? Of u vind dat standaard dat iedereen dat ook zou moeten doen of hebben?'
Antwoorde: 'Ik denk dat ik zelf gezond en sportief ben. En dan heb je daar een interesse in. En dan probeer je dan aan de mensen zo mee te geven. Maar ik vind het ook belangrijk. Ik heb ook eens tegen een niet kansarme gisteren gezegd: om hier een blad aan de deur te hangen: en ze mogen alleen maar binnen komen als ze anderhalve liter per dag gedronken hebben. Want als ze dat niet gedaan hebben worden ze heel gemakkelijk ziek volgens mij. Dus ik hang daar veel belang aan. Je kan preventief vanalles doen. Maar heel vaak gaan mensen naar buiten zonder pilletjes maar met een foldertje.' (Huisarts 6)

Drempels van de huisarts

De meeste huisartsen vinden voeding belangrijk, maar ervaren heel veel drempels bij de patiënt of bij zichzelf om voedingsadviezen te geven.
De grootste drempel die huisartsen hebben bij het bevragen of aanpakken van voedingsproblemen bij kansarmen is de tijd. Het is druk, grote tijdsdruk en patiënten hebben al veel vragen.

'En de tijd. Als dan iemand komt met een verkoudheid als je al een uur aan het uitlopen bent, ja dan ga je niet die resterende minuten spenderen aan 'vertel eens hoe gaat het met je eten' jammer genoeg. Dat is dan misschien wel een goed systeem van de wijkgezondheidscentra en niet prestatiegericht werken. Dan kan je dat inplannen, dan heb je verpleegkundige. Dan geef ik je een afspraak daar, dan moet je niet betalen. Dat zijn ook drempels. Ik vind het ook moeilijk om mensen te laten terugkomen voor een probleem dat ze zelf niet zien als een probleem. Omdat ze dan aan mij daarvoor geld moeten geven. En dan denk ik, ok laat dat remgeld maar liggen. Maar dat is eigenlijk maar 1 euro. Het systeem zit nu eenmaal zo in elkaar, en dat is wel wat dubbel. Maar ik besef ook dat die mensen niet elke dag 1

euro over hebben om aan mij te geven. Dus dat is wat lastig. Ik weet niet hoe je dat beter doe. Het zou beter kunnen denk ik.' (huisarts 8)

Ook beginnen artsen hier weinig over omdat ze altijd van een probleem of vraag van de patiënt vertrekken. Als er geen aanleiding is zullen ze het niet bevragen. En als er naast het probleem, tijd is voor preventie, denken ze er niet aan om ook voeding te bevragen.

'Ik denk er totaal niet aan.' (huisarts 2)

'Ik denk dat wij heel hard vanuit een probleem vertrekken, dat de patiënt vertelt. En dat zit niet in onze standaard preventie aanpak'. (huisarts 9)

'Belangrijk, niet dringend. Dat altijd op de achtergrond sukkelt.' (huisarts 10)

Andere drempels zijn de taal. En soms ook een moeilijke communicatie. Sommige patiënten geven het antwoord dat de arts graag wilt horen.
Eén arts zegt dat ze het niet bevraagt omdat ze hen niet zou kunnen helpen omdat ze geen kennis hierover heeft.

'Ik vraag eigenlijk weinig over eten. Misschien uit angst dat ze zeggen: 1x per dag en de rest kan ik niet betalen. Dat ik dan medelijden zou krijgen. Maar ik moet eerlijk zeggen dat ik geen alternatieve weet. Je hebt zo de 7 schaken (sociaal restaurant) enz. Waar ze echt voedsel uitdelen voor daklozen. Maar voor een kansarm gezin, om te zeggen: hier is die verwijzing, waar je gezond eten krijgt voor 1 euro per dag. Dat ken ik niet. Dat is dan ook wel ambetant, want dan spreek je hen erover aan en dan kan je niets zeggen.' (huisarts 8)

In hun aanpak voelen huisartsen zich vooral heel hard gehinderd financieel om patiënten in kans armoede te helpen. Dit vooral bij de doorverwijzing naar een diëtiste.

'Ik zou vaker doorsturen als goedkopen en toegankelijker.' (huisarts 13)

Wat mist de huisarts? Hoe zou de huisarts zijn werk beter kunnen doen?

De meerderheid van de huisartsen zegt te weinig kennis over voeding te hebben. Het komt te weinig voor in de opleiding geneeskunde. De globale kennis hebben ze wel, maar specifieke kennis of toegepast op andere culturen niet. Maar sommige vinden het ook niet de taak van de huisarts om daar zo een uitgebreide kennis van te hebben.
Ook zegt één arts niet genoeg kennis te hebben over kansarmoede.

'Het feit dat ik de gezinnen in kansarmoede misschien niet zo goed kan herkennen, daar begint het mee.' (huisarts 12)

Extra informatie en richtlijnen zou hun ook helpen. Richtlijnen voor andere culturen, andere talen en meer met prentjes. Wat ook gemist wordt zijn praktische tips voor de huisarts.

'Dat is belangrijk bij een richtlijn, niet alleen dit is gezond leven, maar ook hoe kan je praktisch uit een situatie van kansarmoede daar geraken? Hoe geraak je bij een diëtiste? Hoe geraak je aan fruit en groenten ?' (huisarts 12)

Recepten en praktische tips om te diëten mist de huisarts om aan patiënten te geven.

'Ik ben toch altijd gefrustreerd over de aanbod van materiaal, het zou plezant zijn als je een makkelijk een dieet kan verkrijgen, tips voor recepten. Dat zou het een stuk gemakkelijker maken, als het dan ook in 4 talen is.' (huisarts 13)

Een huisarts zegt dat een financieel kader zou helpen.

'Ik denk ook bv voor rookstop heb je wat nomenclatuur nummers, waarom mag je dat niet hebben voor voeding en beweging? Dat is belangrijk om een financieel kader te schetsen voor een bepaald probleem. Meer en meer komt het op de voorgrond dat voeding meer en meer belangrijk is'. (huisarts 12)

Qua ondersteuning mist de huisarts een toegankelijke en betaalbare diëtiste. Een diëtiste die meer gericht is op kansarmoede en gericht advies kan geven. Ook missen ze verslagen van de diëtiste, dit zou de samenwerking kunnen verbeteren.

'Ik vind dat onze diëtiste een beetje veel: een schema gewoon meegeeft. Voor kansarme gezinnen is het soms te hoog gegrepen. Voor kansarme gezinnen moet je meer kleine stapjes ondernemen.' (huisarts 11)

Een intercultureel bemiddelaar zou helpen. Als er plekken zouden zijn waar goedkope en gezonde voeding te vinden is zou ze hier naar doorverwijzen. Ook mag er meer ondersteuning komen van de overheid, eetexpert en eventueel LMN.

'Mij maakt het niet veel uit welke organisatie dat dat is, vanuit stad ocmw of ziekenhuis. Als er maar een degelijke toegankelijke aandacht is voor voeding. Voor de mensen die dat nodig hebben. Maar ik kan zo niet direct zeggen wie dat mee moet opnemen.' (huisarts 9)

De meeste huisartsen missen kennis van een sociale kaart en een betere interdisciplinaire samenwerking.

'Sociale kaart, want er zijn nog veel dingen die wij niet weten. Sociale kruidenierwinkels. Updaten van sociale kaart zou zalig zijn. Je zou gewoon een plannetjes moeten hebben, voor alles rond u praktijk. Iets dat door de stad Antwerpen wordt geüpdate.' (huisarts 10)

'Of er zijn instanties waar ik niet van weet. Maar ik weet niet direct uit mijn hoofd, daar kan je terecht voor voeding of budgetbeheer.' (huisarts 7)

'Ik weet niet waar dat ik de mensen naar kan verwijzen; ik denk dat als ik een goede sociale kaart had. Zoals nu bv het LMN (Lokaal Multidisciplinair Netwerk), bewegen. Op het plein bij ons in de buurt is nu het plein aangepast om jongeren te stimuleren om te spelen en bewegen. Dat weet ik nu dat dat er is, en dat is gratis. Maar voor eten weet ik dat niet, dus ik kan dat ook niet aanbieden, dus ja.'
(huisarts 8)

Sommige huisartsen zouden ook graag doorverwijzen naar organisaties die mensen echt begeleidt met het kopen en klaarmaken van eten.

'Mensen zijn kansarm en kunnen niet naar een diëtiste. Maar ik vind dat een hele moeilijke, want eigenlijk zouden die dag in en uit moeten worden begeleid. Of er zou iets moeten bestaan dat die een week begeleid worden. Samen winkelen, budget opstellen, samen koken, samen eten maken.

Maar dat is niet, er zijn niet zo een mensen. En je kan als huisarts niet mee naar de supermarkt gaan.' (huisarts 7)

'Maar je zou dat moeten doortrekken he, dat je bij wijze van spreken hier een keuken zet en nu gaan we eens gezond koken met de diëtiste, dat zou heel tof zijn. Van nu gaan we deze maand is iedereen selecteren die niet gezond eten. Dat zou veel beter zijn dan een brochure te geven.'
(huisarts 12)

Ondersteuning vanuit het EMD zou ook helpen. In het EMD zou een tool moeten komen rond voeding.

'En in het EMD is er ook geen tool: voedingsadvies. Bij afspraken kan je dat wel schrijven: voedingsdriehoek meegegeven. Dat gaat heel verloren. Dat is ook heel belangrijk en waardevol, net zoals bewegen. Waardevoller dan een neusspray, en dat kan je wel makkelijk terug vinden.
Dus als we voeding belangrijker vinden moeten we dat ook kunnen opnemen in ons EMD. En daar ook tools rond ontwikkelen. Want ik vind dat wij daar een heel belangrijke rol in spelen. Maar bij die specifieke kansarmoede gezinnen is het vaak ook onoverzichtelijk, maar vaak veel pathologie, taalbarrière, financiële problemen. Dus dan komt die voeding heel vaak niet aan bod.' (huisarts 12)

6. Discussie

Voedingsadviezen bij kansarme gezinnen in de huisartsenpraktijk is een complex en uitgebreid thema. Het is complex omdat er bij de patiënt veel drempels zijn om een gezond voedingspatroon te hebben. En huisartsen komen ook veel drempels tegen in de praktijk om voedingsadviezen te geven, zeker als hij met een kansarme patiënt te maken heeft. Kansarmoede op zich is al een heel uitgebreid onderwerp.

Huisartsen zijn begaan met het thema, maar ervaren veel moeilijkheden bij de patiënt en in de praktijk. Vanuit de literatuur en richtlijnen is er weinig aandacht voor voeding bij kansarme gezinnen in de huisartsenpraktijk. Terwijl dit een belangrijk thema is. Gezonde voeding is belangrijk voor een goede gezondheid. En de ongelijkheid in gezondheid bij kansarme kan deels verklaard worden door de voeding (6).

Huisartsen weten wat kansarmoede is en geven duidelijk het verschil met armoede aan. Ze geven wel aan niet altijd mensen in kansarmoede te kunnen herkennen. Hier zijn meerdere consulten of gerichter doorvragen voor nodig. Een persoonsgeoriënteerde huisarts kan mensen in kansarmoede beter bereiken en helpen (20). Dit wordt al door sommige huisartsen gezegd. Doordat ze aandacht hebben voor de sociale situatie; hier naar vragen, er open voor staan en noteren in het dossier.

Het helpen van patiënten in kansarmoede vraagt meer tijd en aandacht. Dit komt naar voor bij de meeste huisartsen. Het is van belang om goed samen te werken met andere medische en sociale actoren. Dit kan ook in de praktijk zelf, in een multidisciplinaire praktijk. Verpleging, secretariaat of een gezondheidspromotor kunnen hier bij helpen. Om op die manier de patiënten beter te kunnen helpen, en het werk voor de huisartsen te vereenvoudigen.

Huisartsen vinden voeding een belangrijk thema. Maar het is toch opmerkelijk dat enkele huisartsen niet goed weten wat gezonde voeding is. Ze zeggen kennis te missen. En andere huisartsen hebben hun vragen bij de bestaande richtlijnen. Dit omwille van onder andere cultuur verschillen. Als huisartsen vinden dat er geen goede richtlijn is waar hij op kan terugvallen, is het moeilijk om advies te geven aan patiënten. De voedingsdriehoek is wel wetenschappelijk opgesteld, er is nu een vernieuwde versie (23). Bij de vorige driehoek was er wel aandacht voor een Turkse en Marokkaanse variant. Dit is nu bewust niet gedaan. De voedingsdriehoek zou er voor iedereen moeten zijn en zou op alle mensen (en andere culturen en sociale klasse) toepasbaar moeten zijn.

Ongezonde voeding hangt samen met kansarmoede. Wat ook blijkt uit de recentste nationale voedselconsumptiepeiling en internationale studie (3, 5). De huisartsen geven dit ook aan en geven hier heel wat redenen voor. Deze redenen komen ook overeen met de literatuur: kennis, financieel, tijd, een andere cultuur en vaardigheden (3, 12). In de literatuur komen nog meerdere redenen aan bod waar huisartsen nog extra rekening mee kunnen houden: de toegang tot gezonde voeding, de

invloed van de stress en het sociaal-culturele aspect (13). De huisartsen zeiden allemaal dat kennis een belangrijke oorzaak was voor minder gezonde voeding bij kansarmen. Maar het is belangrijk om rekening te houden met de gezondheidsvaardigheden, wat ruimer is dan enkel minder kennis hebben (15). Door deze drempels is het moeilijker om ongezonde voeding bij kansarme aan te pakken.

Huisartsen vinden dat het hun rol is om deze problematiek aan te pakken. Ze staan op de eerste lijn en zijn toegankelijk. Maar zien hun rol toch eerder beperkt, onder andere door verschillende drempels. In een Australische studie en het boek van M. van den Muijsenbergh wordt gezegd dat de huisarts een goed geplaatste persoon is. Dus huisartsen moeten beseffen dat ze toch een belangrijkere rol spelen. Ze hebben de opportuniteit om problemen te detecteren en door te verwijzen. Ze spelen een doorslaggevende rol om mensen te werven voor leefstijlverandering activiteiten. En advies over leefstijlverandering krijgen mensen het liefst persoonlijk van hun huisarts of een andere gespecialiseerde gezondheidsprofessional (13, 19). Huisartsen vinden dat de scholen en de overheid hier ook een rol in heeft. Dit zien we ook terug in beleidsvoorstellen (4, 17).

Huisartsen zien het als hun rol om voedingsproblemen te bevragen en eventueel door te verwijzen of zelf aan te pakken. Bevragen van de voeding doet de huisarts vooral als er een aanleiding of probleem is. Dan wordt er een voedingsanamnese gedaan. Soms ook een sociale anamnese. Dit laatste is toch ook een belangrijk aspect van de anamnese. Dit vinden we ook terug in de richtlijn van NHG en het referentieboek van M. van den Muijsenberg (13, 14). Hier wordt ook nadruk gelegd op het bevragen van de sociaal economische achtergrond, de invloed van de sociale omgeving en de stress factoren. Het kan de huisartsen helpen om deze informatie te noteren in het EMD. Zo wordt de huisarts hier aan herinnerd en zal hij met deze informatie rekening houden. Het EMD kan ook gebruik worden om de voedingsgewoontes in te noteren en bij te houden. Dit naast bijvoorbeeld andere risico factoren zoals roken. Het medisch programma zou meer kunnen uitbreiden door een tool te ontwikkeling zoals de tools die nu al bestaan voor zwangerschap of diabetes. Hierin zou bijvoorbeeld in kunnen staan wat de huisarts zeker moet bevragen in de intake en anamnese. Informatie over adviezen, doorverwijzen en opvolging kan hier aan gekoppeld worden.

Huisartsen geven ook aan zelf te weinig de voeding te bevragen indien er geen aanleiding toe is. Preventief wordt er dus minder aandacht aan besteed. Er werd wel niet aan de huisartsen bevraagd of ze dit vaker doen bij niet kansarme gezinnen. In het onderzoek van Gordon et al. wordt beschreven dat er minder preventieve consultaties zijn bij mensen met een lage sociaal economische status (21). Dit zou een aandachtspunt kunnen zijn.

Als huisartsen zelf voedingsproblemen aanpakken gebruiken ze vooral adviezen vanuit hun eigen ervaring. Of hun eigen gezond verstand, zoals ze het zelf beschrijven. Het is opvallend dat ze deze bron van informatie beschrijven en geen richtlijnen als belangrijkste informatiebron. De voedingsdriehoek

of folders gebruiken ze wel om adviezen uit te leggen. Er worden algemene adviezen gegeven en concrete tips. De manier waarop adviezen worden gegeven vinden huisartsen ook moeilijk, ze willen dit kunnen doen zonder belerend met de vingers staan zwaaien.

Dat patiënten graag concrete adviezen willen wordt ook beschreven in de richtlijn van NHG en in het boek van M. Van den Muijsenbergh (13, 14). Bij leefstijladviezen willen patiënten graag concrete opdrachten, liefst op recept. Het meest effectieve is om advies te geven dat aansluit bij de persoonlijke omstandigheden, waarbij de familie/ omgeving wordt betrokken en waarbij relatie gelegd wordt tussen de ongezonde leefstijl en de gezondheidsklachten. Dit is belangrijk omdat leefstijlverandering bij kansarme vooral gestimuleerd wordt door de signalen die hun eigen lichaam geeft, en minder vanwege het belang van preventie. Verder wordt in het boek en de richtlijn ook aandacht gegeven aan: aandacht voor achtergrond patiënt, afstemming van de communicatie, positieve bekrachtiging, verwijzen naar groepsactiviteiten en aandacht aan kosten te besteden.

Bewegen op verwijzing is een project dat hier perfect op aansluit https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing). Bewegen op Verwijzing helpt mensen met een gezondheidsrisico op weg naar een actiever leven met een professionele coach en een beweegplan, met een focus op kwetsbare groepen (24). Bij dit project wordt advies gegeven dat aansluit bij de persoonlijke omstandigheden. Er wordt aandacht aan de kosten besteed, 5 euro of 1 euro (verhoogde tegemoetkoming) per kwartier. De coach zit in de buurt of komt aan huis. De patiënt wordt door de huisarts aangesproken en de patiënt krijgt een concrete verwijzing mee. Dit komt overeen met de studie van Eusman et al. in 2011 die concludeert dat bij leefstijladviezen veel waarde wordt gehecht aan wat de dokter zegt, maar bewoners van achterstandswijken willen wel graag concrete opdrachten, liefst op recept (13).

Huisartsen werken samen met verschillende actoren. Het kwam in de interviews vaak aan bod dat huisartsen multidisciplinair samenwerken belangrijk vinden. Huisartsen vinden het niet enkel hun eigen rol om dit thema aan te pakken. Maar rekenen ook op andere actoren hiervoor (overheid, school, sociaal assistent,..).

Meerdere huisartsen geven aan niet goed te weten naar waar door te verwijzen en geen goede kennis van de sociale kaart te hebben. Ze vragen zich af of er wel initiatieven hier rond bestaan. Het is hiervan van belang dat huisartsen weten wie hier in een rol kan spelen en hem hierbij kan helpen. Een patiënt in kansarmoede heeft bijvoorbeeld eerst meer hulp nodig van een sociaal assistent en nadien kan de huisarts dan terug focussen op het voeding- en gezondheidsprobleem. Verder kan de huisarts dan doorverwijzen naar een diëtiste, kookworkshop of sociale kruidenier. Het is ook belangrijk dat de andere actoren ook weten dat ze hun rol hierin hebben en huisartsen bij dit thema kunnen betrekken. Dit kan bijvoorbeeld de school of een sociaal assistent zijn die de huisarts contacteert.

Huisartsen zouden graag doorverwijzen naar andere organisaties of groepssessies. Een mooi voorbeeld hiervan is Kleurrijk Gezond, georganiseerd door LOGO Antwepen (25). Kleurrijk Gezond wil mensen met een migratieachtergrond motiveren om gezond te eten en voldoende te bewegen met aandacht voor hun culturele achtergrond. Jammer genoeg kunnen huisartsen hier niet rechtstreeks naar doorverwijzen. Alleen organisaties kunnen dit pakket aanvragen. Ideaal gezien zouden huisartsen hier meer betrokken bij kunnen worden. Zodat LOGO samen met huisartsen (bv via het LMN,LOK of verschillende huisartsenpraktijken samen) Kleurrijk Gezond lokaal kan organiseren. Ideaal gezien zouden vanuit die informatiesessies mensen verder kunnen doorverwezen worden naar bv sociale kruideniers, winkeloefeningen,.

De doorverwijzing van huisartsen moet ook laagdrempelig zijn en rekening houden met de financiële situatie van patiënten. Huisartsen verwijzen vooral door naar een diëtiste. Maar dit is moeilijk door de financiële drempel. Er wordt door deze drempel zelf vaak niet aan een doorverwijzing naar een diëtiste gedacht. Een doorverwijzing naar een diëtiste is op dit moment niet mogelijk voor mensen met weinig financiële middelen. Alleen in sommige forfaitaire praktijken is een diëtiste die gratis werkt. Of soms in een sociaal steunpunt. Maar de sociale steunpunten in Antwerpen zouden misschien niet verder bestaan. Derde betalers of verhoogde terugbetaling is niet mogelijk bij privé diëtisten. De ziekenfondsen voorzien wel een kleine terugbetaling (voor overzicht zie punt 8). En het is wel terugbetaald bij mensen in een zorgtraject diabetes en nierinsufficiëntie. Een hogere terugbetaling van een diëtiste of gesubsidieerde projecten zou de drempel tot doorverwijzen veel lager maken.

De belangrijkste drempel die huisartsen vermelden om voedingsadvies te geven is de tijd. Of ze hier tijd voor meer willen maken werd niet verder doorgevraagd in de interviews. Hier komt dan ook het financiële aspect bij kijken.

Wat huisartsen ook zelf aangeven te missen is betere kennis over kansarmoede en voeding. Dit door richtlijnen of informatie online. Vooral praktische informatie, voor de huisarts en de patiënt. Duidelijke folders, met duidelijke informatie, eventueel met gezonde gerechten.

Beperkingen studie

Er zijn aan deze studie enkele beperkingen die de betrouwbaarheid verminderen. De interne betrouwbaarheid is beperkt, omdat er maar 1 onderzoeker was en maar 1 methode.

Er werd niet systematisch gereflecteerd op de rol van de onderzoeker en de geïnterviewden hebben geen commentaar gegeven op voorlopige resultaten om vertekening tegen te gaan. Dit leidt tot een beperkte interne validiteit. Tijdens de interviews probeerde ik wel te reflecteren over het interview en hoe ik dit tijdens de volgende interviews anders kon doen. Maar dit deed ik niet systematisch. De interviews werden pas uitgeschreven en geanalyseerd nadat alle interviews waren afgenomen.

De geïnterviewde huisartsen hadden een goede verdeling van soort praktijk. Door de oproep te verspreiden reageerden vooral wel huisartsen met interesse in het onderwerp wat mogelijk kan zorgen voor selectiebias.

7. Conclusie

Voedingsadvies bij kansarme gezinnen in de huisartsenpraktijk is een complex en uitgebreid thema. Kansarme gezinnen ervaren veel drempels om gezond te eten. Maar ook huisartsen komen veel drempels tegen in hun praktijk om voedingsadvies te geven. Toch heeft de huisarts een belangrijke rol. Huisartsen weten doorgaans wel dat mensen in kansarmoede een eerder ongezond voedingspatroon hebben. Ze beseffen ook dat dit meerdere oorzaken heeft. Kennis van deze oorzaken is belangrijk om correct voedingsadvies te geven. Huisartsen kunnen wel nog wat meer aandacht hebben voor de socio-culturele achtergrond en gezondheidsvaardigheden van de patiënt.

Huisartsen weten niet exact wat gezonde voeding juist inhoudt en missen hier bijkomende informatie over. Huisartsen zien het als hun rol om voedingsproblemen te detecteren. Dit doen ze vooral als er klachten zijn. Preventief optreden ligt veel minder voor de hand, en verschillende huisartsen vinden van zichzelf dat ze dit te weinig bevragen.

Bij voedingsproblemen zien huisartsen het daarna veeleer als hun taak om de patiënt door te verwijzen. Een goede multidisciplinaire samenwerking is van belang. Dit is niet zo eenvoudig. Immers, om door te verwijzen missen ze kennis van de sociale kaart. Daarnaast zijn er niet veel betaalbare diëtisten. Daarom pakken huisartsen de problematiek soms ook zelf aan. Dit dan vooral in grote lijnen met als basis vaak hun ‘eigen gezond verstand’ en niet de richtlijnen. Ik stel daarbij toch vast dat huisartsen meestal kennis over voeding, kennis over kansarmoede, informatie over de juiste aanpak, en vooral tijd missen om dit optimaal te doen.

Aanbevelingen

Een richtlijn over voedingsadviezen aan kansarme gezinnen zou de huisarts in de praktijk al veel verder helpen. Richtlijnen voor gezonde voeding bestaan al wel. Maar wat er niet bestaat is hoe deze informatie toe te passen op mensen in kansarmoede en in de huisartsenpraktijk. Algemene adviezen kunnen huisartsen wel vinden in de richtlijn van NHG en het boek van M. Van Den Muijsenbergh.

Ook is er een grote vraag naar een sociale kaart met onder andere betaalbare diëtisten gespecialiseerd in kansarmoede en organisaties die patiënten kunnen begeleiden. Er bestaat wel wat van de sociale kaart. Maar vele organisaties werken naast elkaar en zijn niet bekend bij de huisarts. Een beter overleg, een goede eerstelijnssamenwerking en het delen van de sociale kaart zou hierbij kunnen helpen. Mogelijks zou hier door het LMN of andere eerstelijnsorganisaties aandacht voor kunnen komen.

Voor verder onderzoek zou het interessant zijn om van de gezinnen in kansarmoede zelf te horen wat ze verwachten van de huisarts in verband met voedingsadviezen.

8. Sociale kaart Antwerpen

Ik heb geprobeerd om een overzicht van de informatie voor de huisarts en sociale kaart te bundelen.

Die kan hieronder gevonden worden.

Organisaties Antwerpen

- Logo: Kleurrijk gezond en winkeloefening
http://logoantwerpen.be/content/kleurrijk-gezond
Alleen via organisaties aan te vragen, of aansluiten bij een groep, of als praktijk zelf organiseren
- Filet divers (BZN, Antwerpen)
Sociale kruidenier en kookproject
http://www.filetdivers.be/nl/home
Via mail kan je patiënten inschrijven.
- Cebud (Thomas More)
Organiseert ook kookworkshops. Alleen door organisaties aan te vragen.
- PSC open huis
organiseert komen eten +, een project waarbij bewoners kookmateriaal kunnen ontlenen.
http://www.pscantwerpen.be/open-huis/home-Open-Huis
- LMN Antwerpen Berchem, rond obesitas met aandacht voor kansengroepen
- Bewegen op verwijzing
- Buurtsport

Diëtisten

-De diëtisten van sociaal steunpunt in Antwerpen houden rekening mee met de financiële situatie en kennis van patiënten. Er zijn nu diëtisten in het steunpunt Noord en Kiel. Maar hun verder bestaan is onzeker.
- Privé diëtisten
Richtprijs voor een consult is 25 euro voor een half uur, en 50 euro voor een uur.
Terugbetaling ziekenfondsen:

- CM: Eenmalige tegemoetkoming van 40 euro voor wie minstens vier sessies voedings- en dieetadvies volgt bij een erkende diëtist.

https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/gezondheid-en preventie/voeding/voedingsadvies-dieetadvies.jsp

- De voorzorg: Je krijgt een tegemoetkoming van 10 euro per sessie bij een diëtist erkend door het Riziv. Je krijgt maximaal 4 consultaties per kalenderjaar terugbetaald.

Of Well2day: Voor een intakeconsultatie betaal je 15 euro, in plaats van 47 euro. Voor een opvolgconsultatie betaal je 5 euro, in plaats van 21 euro. Dit voor 4 opvolgconsultaties. Vanaf de 5de opvolgconsultatie betaal je 13 euro.
https://www.devoorzorg.be/antwerpen/voordelen-advies/terugbetalingen-ledenvoordelen/terugbetalingen-voordelen/preventie-behandeling/Pages/Dieetadvies.aspx

- OZ: tot € 25 per persoon per kalenderjaar.

Of OZ dietiste: 25- 20 – 15 euro
https://www.oz.be/vitaliteit/voordelen/voedingsadvies

- Partena: om de 2 kalenderjaren 10 euro per sessie voor max. 4 sessies

http://www.partena-ziekenfonds.be/nl/ziekenfonds-en-voordelen/voordelen-en-terugbetalingen/dietiek

Voedselhulp

-Sociale restaurant
-Sociale kruideniers
-Voedselbedeling

- Overzicht via:

-Geen kruimels maar rechten. De loodsen vzw.
http://www.deloodsen.be/wp-content/uploads/januari-2018-1.pdf
-Adresboek Antwerpen Noord, Hoboken, Linkeroever, Luchtbal
(Toegang tot de Dropbox (enkel voor diensten) en doorgeven wijzigingen via: welzijnsoverleg@antwerpen.be.)

Informatie over kansengroepen en gezondheid

-Gezondheidsvaardigheden:
https://www.gezondleven.be/files/ongelijkheid/Oog_voor_gezondheidsvaardigheden.pdf
https://www.gezondleven.be/themas/gezondheidsongelijkheid
-Memori (Thomas More) Heerlijk helder in de zorg
(http://www.memori.be/heerlijk-helder-in-de-zorg.html)
- Signaallijst armoede gezondheidszorg (zie bijlage)
- begrijpjelichaam.nl

Informatie over voeding

- Kind en Gezin. Kind in Beeld (informatie aan de hand van foto's, illustraties en schema's)
vb: gezond eten en bewegen
https://www.kindengezin.be/brochures-en-filmpjes/brochures/
-thuisarts.nl/ gezonde-levensstijl/ik-wil-gezond-eten
-voedingsdriehoek
https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsdriehoek
-eetexpert.be (Kenniscentrum voor eet- en gewichtsproblemen)
-voeding uitgedokterd.be (gezonde voeding, overgewicht, diabetes, hart- en vaatziekten, osteoporose, motivatie en multidisciplinaire samenwerking)
-NICE voedingsinformatiecentrum (wetenschappelijk onderbouwde informatie over voeding voor patiënten, met oa recepten)
https://www.nice-info.be/
Brochure, gezond eten hoeft niet duur te zijn:
https://www.nice-info.be/documenten/brochures_pdf/WEB-13---NICE-gezond-eten-hoeft-niet-duur-te-zijn.pdf
Brochure 123 aan tafel - Gezond eten voor kinderen tussen 3 en 6 jaar: https://www.nice-info.be/documenten/brochures_pdf/Boekje-123-aan-tafel---nieuwe-voedingsdriehoek.pdf

Draaiboeken

-Huis der gezinnen, draaiboek ratatouille
http://huisdergezinnenbe.webhosting.be/index.php?id=82

9. Referenties

1. Kind en Gezin. Kansarmoede 2018 [cited 2018 2 april]. Available from: https://www.kindengezin.be/cijfers-en-rapporten/cijfers/kansarmoede/.
2. Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin. Voedingspatroon en determinanten van sommige (on)gezondevoedingsgewoonten van Vlaamse peuters Resultaten van de Vlaamse geboortecohorte JOnG! 2013
3. De Ridder K BS BL, Cuypers K, Lebacq T, Moyersoen I, Ost C & Teppers E. De consumptie van voedingsmiddelen en de inname van voedingsstoffen. Voedselconsumptiepeiling. 2014-2015
4. Vlaamse Overheid. Actieplan voeding en beweging. 2008-2015.
5. Darmon N DA. Does social class predict diet quality? The American journal of clinical nutrition The American journal of clinical nutrition 2008;87(5):1107-17.
6. W Philip T James MN, Ann Ralph, Suzi Leather. Socioeconomic determinants of health: The contribution of nutrition to inequalities in health. BMJ 1997;314:1545
7. Ramsey R1 GK, Turrell G, Gallegos D. Food insecurity among adults residing in disadvantaged urban areas: potential health and dietary consequences. Public Health Nutr 2012 Feb;15(2):227-37.
8. Martin-Fernandez J1 GF, Parizot I, Caillavet F, Chauvin P. Prevalence and socioeconomic and geographical inequalities of household food insecurity in the Paris region, France, 2010. BMC Public Health 2013 May 20;13:486.
9. VIGEZ. Effecten op gezondheid 2017 [cited 2019 4 juli]. Available from: http://www.vigez.be/themas/voeding-en-beweging/effecten-op-gezondheid.
10. Andrew P Black JB, Helen Eyles, Peter Morris, Hassan Vally and Kerin O'Dea. Food subsidy programs and the health and nutritional status of disadvantaged families in high income countries: a systematic review. BMC Public Health2012.
11. Coene I. Gezond eten voor weinig geld Nutrinews 2006;4.
12. Vanstone M GM, Smith A, Brundisini F, DeJean D, Winsor S. How diet modification challenges are magnified in vulnerable or marginalized people with diabetes and heart disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. Ont Health Technol Assess Ser 2013 Sep 1;13(14):1-40.
13. Maria Van Den Muijsenbergh EO. Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbare in de huisarsenpraktijk.2017.
14. NHG. Leefstijladvisering aan migranten en laaggeletterden 2015 [cited 2018 2 april]. Available from: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/leefstijladvisering_aan_migranten_en_laaggeletterden.pdf.
15. Marianne Calis BB. Oog voor Gezondheidsvaardigheden. Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie vzw (VIGeZ) 2016.
16. Cullen T HJ, Martin W, Higgins JW, Sheppard R. Food Literacy: Definition and Framework for Action. Can J Diet Pract Res 2015 Sep;76(3):140-5.
17. Vlaanderen. [cited 2018 2 april]. Available from: https://onderwijs.vlaanderen.be/nl.
18. De Coen V VS, Maes L, Huybrechts I, De Bourdeaudhuij I, Vereecken C. Parental socioeconomic status and soft drink consumption of the child. The mediating proportion of parenting practices. Appetite, 59(1):76-80. 2012.
19. Lindberg R LM, Gold L, Friel S, Pegram O. Food insecurity in Australia: Implications for general practitioners. Aust Fam Physician 2015;44(11):859-62.

20. Detollenaere J, Boeckxstaens, P., & Willems, S. Association between person-centeredness and financially driven postponement in European primary care? Canadian Medical Association Journal. 2017.
21. Gordon J VL, Bayram C, Miller GC. An analysis of general practice encounters by socioeconomic disadvantage. Aust Fam Physician. 2016 45(10):702-705.
22. NHG L, Hartman. Kwalitatief onderzoek, praktische methoden voor de medische praktijk 2007.
23. Vlaams instituut gezond leven. [cited 2018 2 april]. Available from: https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsdriehoek/hoe-is-de-voedings-en-bewegingsdriehoek-tot-stand-gekomen.
24. Vlaams instituut gezond leven. Bewegen op verwijzing [cited 2018 2 april]. Available from: https://www.gezondleven.be/projecten/bewegen-op-verwijzing.
25. LOGO Antwerpen. Kleurrijk Gezond [Available from: http://logoantwerpen.be/content/kleurrijk-gezond.

10. Bijlage

10.1 Script

Kans armoede

- Wat is kans armoede voor jou?
- Wat is een kansarm gezin voor jou?
- Hoe herken jij een kansarm gezin in de praktijk?
    - Wat zijn signalen voor jou?
    - Voorbeelden?
- Hoe ga je om met kans armoede in de praktijk?
    - Voorbeelden?
- Zijn er veel kans arme gezinnen in de praktijk?

Voedingsproblemen (algemeen, niet specifiek kansarmoede)

- Wat is je idee over voedingsproblemen?
- Wat vind jij een voedingsprobleem?

Voeding en kansarmoede

- Denk je dat er een verschil is tussen de voeding van een kansarm gezin en een niet-kansarmen gezin?
- Merk jij in de praktijk een verschil in de voedingspatronen bij kans armen gezinnen?
    - Hoe merk je dit?
    - Vraag je hier zelf soms achter?
        - Zo ja,
            - Wanneer?
            - Hoe doet je dit?
            - Vind je dit moeilijk?
            - Wat zijn drempels voor jou om het te bevragen?
            - Zijn er momenten waarbij het onderwerp niet aan bod komt maar wel nuttig zou zijn?
        - Zo nee,
            - Waarom niet?
    - Vertellen patiënten hier zelf over?
        - Ga je hier dan verder op in?
        - Waarom wel, waarom niet?
- Heb je in de voorbije 2 maanden voedingsproblemen bij kansarme gezinnen ondervonden?
    - Kan je daar meer over vertellen?
    - Wat zijn de voedingsgewoontes waarmee je geconfronteerd werd?
    - Merk je gevolgen?
        - Welke gevolgen?
        - Hoe merk je dat?
- Wat denk je dat voor de patiënten de grootste drempels zijn voor gezonde voeding?

Rol van de huisarts

- Pak je voedingsproblemen bij kansarme gezinnen zelf aan?
    - Zo ja,
        - Hoe?
            - Van waar haal je informatie?
            - Heb je handvaten?
            - Welke adviezen geef je?
            - Volg je dit op?
            - Schrijf je dit in het dossier?
            - Verschil in aanpak kansarme – niet kansarm?
    - Zo nee,
        - Waarom niet?
            - Drempels?
        - Wie dan wel?
        - Zou je het willen doen?

- Wat mis je om je werk goed te doen?
    - Is er kennis dat je mist?
    - Zijn er vaardigheden die je mist?
    - Is er ondersteuning die je mist?

- Is dit voor jou de rol van de huisarts?
    - Waarom wel?
    - Waarom niet?

Samenwerking

- Verwijs je soms door als je voedingsproblemen bij kansarme gezinnen ervaart?
    - Zo ja,
        - Wanneer?
        - Naar wie?
    - Zo nee,
        - Waarom niet?

- Met wie zou je graag meer samenwerken?

- Wie is volgens jou de meest geschikte persoon om rol op te nemen?
    - Werk je daar nu ook al mee samen
        - Waarom wel, waarom niet?

- Werk je samen met een diëtiste voor deze problemen?
    - Zo ja,
        - Zijn er moeilijkheden in de samenwerking?
            - Zo ja, welke?
    - Zo nee,
        - Zou je graag samenwerken met diëtiste?
        - Wat zijn voor jou de drempels?
    - Ken je de prijs van een diëtiste?

10.2 Gunstig advies Ethisch Comité

Universitair Ziekenhuis Gent

Aan: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 26	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0554	10-mei-17	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Voedingsadviezen bij kansarme gezinnen in de huisartsenpraktijk. Kennis en perceptie van huisartsen.
MaNaMa Barbara Van Diest

Belgisch Registratienummer: B670201732213

* Antwoord onderzoekers dd. 20/04/2017 (versie 2) - via mail dd. 27/04/2017 op opmerkingen EC dd. 06/04/2017
* Begeleidende brief bij antwoord dd. 20/04/2017
* Adviesaanvraagformulier versie 2 dd. 20/04/2017
* Informatieformulier huisartsen (versie 2) dd. 20/04/2017
* Informatieformulier experten (versie 2) dd. 20/04/2017
* Protocol versie 2 dd. 20/04/2017
* CV (versie 2) dd. 20/04/2017
  - Barbara Van Diest
  - dr. Stéphanie De Maesschalk
  - dr. Louis Farrant

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 27/04/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 27/04/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Voorafgaar 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 27/04/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 27/04/2018, 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 16/05/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 16/05/2017

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

Sandra De Paepe
09/332 28 33
sandra.depaepe@uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 10 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 67	ethisch.comite@uzgent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2017/0554	10-mei-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het advies/formulier betreffende project EC UZG 2017/0554

- *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 wakken 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 wakken 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

i.o. Prof. dr. R. Rubens

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - B'metra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

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

Sandra De Paepe
09/332 28 88
sandra.depaepe@uzgent.be

10.3 Goedgekeurd protocol

1. Titel van het onderzoeksproject

Voedingsadviezen bij kansarme gezinnen in de huisartsenpraktijk.

Kennis en perceptie van huisartsen.

2.Doelstelling en verantwoording

Ik ben een eerstejaars huisarts in opleiding. Deze thesis is in het kader van mijn master na master huisartsgeneeskunde. In Vlaanderen is er een groeiende gezondheidskloof tussen arm en rijk: kansarmoede leidt tot een slechtere gezondheid. Er is een onder andere een duidelijke relatie tussen kansarmoede en kwaliteit van voeding. De kansarmoede index voor jonge kinderen in het Vlaamse gewest is 12.01 % (1). De JOnG studie in 2013 onderzoekt het voedingspatroon en determinanten van sommige (on)gezonde voedingsgewoonten van Vlaamse peuters. Deze studie toont dat er een duidelijke sociaal-demografische gradiënt is in het voedingspatroon van jonge kinderen (bevraging van ouders op het ogenblik dat hun kind ongeveer 12, 24 en 36 maanden oud was, N= 3017). Voornaamste determinanten voor een voedingspatroon dat afwijkt van de leeftijdsspecifieke aanbevelingen zijn laag opleidingsniveau en niet-Belgische herkomst van ouder(s). Er is een verminderde consumptie van groeten, fruit en water, en meer consumptie van gesuikerde dranken en koeken (2). De nationale voedselconsumptiepeiling bevroeg 3200 individuen van 3 tot 64 jaar (3). Deze studie toont aan dat mensen met een lagere socio-economische status minder water drinken, minder volkoren producten, minder groenten, minder en minder gevarieerd fruit, meer vlees en minder vis eten. Verschillende aanbeveling en initiatieven bestaan al. De JOnG studie stelt enkele aanbevelingen voor, ook is er aandacht voor in het Vlaams actieplan Voeding en Beweging 2009-2015 (2, 4). Bestaande initiatieven zijn Ratatouille en kleurrijk gezond.

Ik vraag me af wat de rol van de huisarts is in het streven naar een kwaliteitsvolle voeding. De huisarts ziet deze problematiek zeker terug in de dagelijkse praktijk. Maar hoe gaat de huisarts hier mee om? Ziet de huisarts het als een van zijn taken om deze problematiek aan te pakken? Werkt de huisarts samen met andere disciplines? En geeft de huisarts dan adviezen?

Ik zal huisartsen interviewen om hun kennis en perceptie te bevragen over voedingsadviezen bij kansarme gezinnen met jonge kinderen in de huisartsenpraktijk. Met de informatie die ik op het einde bekom zal ik een steekkaart maken met informatie en richtlijnen voor de huisarts.

3. Onderzoeksvragen

- Gezond en toch goedkoop eten in kansarme gezinnen met jonge kinderen, welke rol speelt de huisarts?

-Wat is de rol van een huisarts binnen de interdisciplinaire aanpak van streven naar gezonde voeding bij gezinnen met jonge kinderen?

-Welke voedingsadviezen geeft de huisarts in kansarme gezinnen met jonge kinderen?

4. Onderzoeksopzet

Ik zal eerst informatie verzamelen via literatuur onderzoek en zal experten bevragen. Met deze informatie zal ik huisartsen interviewen met als interview methode het half open interview. Nadien zal ik alle kennis samenleggen en een richtlijn maken over voedingsadviezen bij kansarme gezinnen voor huisartsen. Via de literatuur zal ik nagaan: wat de relatie tussen voeding en kansarmen is, wat de oorzaken zijn van slechtere voedingsgewoontes bij kansarmen, welke rol de huisarts hier in speelt en of er richtlijnen voor de huisarts bestaan. Nadien zal ik experts bevragen in het kader van verkennende gesprekken. Deze experts zijn: voeding en dieetleer, huis der gezinnen, Vigez, recht-op, CLB, dietiste, logo, ocmw, filet divers en Dr. Hilde Bastiaens. Ik zal ook begeleiding krijgen van Prof. Dr. Myriam Van Winckel. Ik zal hen bevragen wat gekend is rond de aanpak bij voeding bij kansarmen, wat er gekend is van initiatieven en wat zij vinden dat de rol van de huisarts is. Met hun kennis en mijn literatuuronderzoek zal ik tot een script komen dat ik zal gebruiken om huisartsen semi-gestructureerd te interviewen over het onderwerp. Dit zullen 9 huisartsen zijn uit Antwerpen die werken met kansarme gezinnen. Voor de representativiteit van de studie zullen dit huisartsen zijn uit verschillende soorten praktijken. Drie huisartsen die werken in een wijkgezondheidscentrum, 3 artsen die werken in een groepspraktijk en 3 artsen die solo werken. Na analyse van de interviews zal ik deze besluiten samen leggen met de informatie uit het literatuuronderzoek en de bevraging van de experts en zal ik een korte en bondige richtlijn maken. Om de betrouwbaarheid van de kwalitatieve studie te vergroten zal ik nadien deze richtlijn voorleggen aan verschillende LOK groepen en diëtisten (triangulatie). Zo zal ik nadien tot een definitieve richtlijn komen.

5. Aantal deelnemers + methode rekrutering

Ik zal negen huisartsen interviewen. Ik zal deze huisartsen rekruteren via de huisartsenwachtpost van Antwerpen-centrum, Deurne-Borgerhout en Antwerpen-Zuid.

6. Duur studie

April 2017- mei 2018.

7. Interventie en methode:

Het onderzoek is een kwalitatief onderzoek. Ik zal huisartsen interviewen. Ik heb al de basis voor de grote topics die ik zal bevragen. Maar ik zal het script voor het interview vervolledigen na het literatuuronderzoek en het bevraging van experten.

De thema's die ik zal bevragen bij de huisartsen:

1/Attitude: ziet de huisarts dit als zijn taak? Wat zijn de drempels? Heeft hij nood aan ondersteuning?

2/ Kennis: wat weet de huisarts over de problematiek? Van waar haalt de huisarts informatie? Kent hij de sociale kaart? Kennen ze initiatieven?

3/Vaardigheden: Welke adviezen geeft de huisarts? Werkt de huisarts samen met andere disciplines? Stuurt de huisarts door?

Ik zal elk interview opnemen. Na elke interview zal ik dit nogmaals beluisteren. Om zo te ontdekken wat ik ben vergeten vragen of beter anders kan vragen. En dan het volgende interview beter afnemen. Als ik alle interviews heb afgenomen zal ik deze uitschrijven.

8. Statistisch verweken van gegevens

Elk uitgeschreven interview zal ik coderen en nadien thematisch analyseren.

9. Ethisch overweging- veiligheid

Er zijn geen ethische bezwaren.

10. Verzekering

Niet van toepassing. Dit is in orde via het ICHO.

11. Referenties

1. Kind en Gezin. Kansarmoede. . 2017.

2. Voedingspatroon en determinanten van sommige (on)gezondevoedingsgewoonten van Vlaamse peuters Resultaten van de Vlaamse geboortecohorte JOnG! . Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. 11/2013

3. De Ridder K BS, Brocatus L, Cuypers K, Lebacq T, Moyersoen I, Ost C & Teppers E. De consumptie van voedingsmiddelen en de inname van voedingsstoffen. In. Voedselconsumptiepeiling 2014-2015 Rapport 4 WIV-ISP, Brussel, 2016.

4. Vlaamse Overheid Actieplan voeding en beweging 2008-2015.

10.4 Armoede in de gezondheidszorg signaallijst en communicatietips

Signaallijst armoede gezondheidszorg

Meer dan één Vlaming op de tien leeft in armoede, in Antwerpen ligt dit percentage veel hoger: een kwart van de kinderen leeft in armoede!. Deze signaallijst maakt je alert. Let wel, niet alle signalen wijzen rechtstreeks naar armoede. Maak het onderwerp bespreekbaar. Indien je niet weet hoe, kijk dan naar de communicatietips.

<table>
<tr>
<td>Financiële situatie
Ziekenfondsklever/registratie: nr. eindigt op 1 = verhoogde tegemoetkoming (rechtsonder)
Hebben geen geld bij of vragen uitstel tot betaling
Betalen factuur niet of rechtstreeks via OCMW – Budgetbeheer/begeleiding
Geen/laag inkomen – vervangingsinkomen – leefloon
Niet in orde met de ziekteverzekering of aangesloten bij de Hulpkas
Geen hospitalisatieverzekering</td>
<td>Gezinssituatie
Culturele achtergrond: andere nationaliteit/andere voertaal
Spreekt zorgverstrekker aan over sociale problemen
Alleenstaand of gescheiden
Onzekere verblijfssituatie
Sociale woning
Beperkt netwerk
Het gezin leeft geïsoleerd
Er zijn veel conflicten met medemensen, familieruzies, pesterijen
Kinderen zijn vaak ziek
Gezondheidsproblemen bij meerdere gezinsleden</td>
<td rowspan="2">Alertheid vereist
Vraagt generische geneesmiddelen
Maakt zelf medicatie
Zegt dat medicatie duur is
Haalt voorgeschreven medicatie niet
Veel kennis over medicatie
Afwijzend reageren op doorverwijzing naar specialist, tandarts, logopedist,…
Gebrek aan kennis over de gezondheidszorg
Gaar rechtstreeks naar de apotheek
Vervangt bril niet of laat enkel glazen vervangen
Koopt medicatie, kijkt/telt hoeveel deze kost en koopt daarna nog medicatie
Vraagt grote(re) verpakkingen
Koopt geen supplementen/vitamines omdat deze duur zijn/niet helpen
Vraagt alternatieven, recepten of staaltjes
Neemt medicatie fout in
Langdurig uitstellen van consultatie</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeidssituatie
Laag opleidingsniveau
Langdurig werkloos
Problematische schoolloopbaan
Ontvangt ziekte-uitkering
Slecht betaalde job
Tijdelijke job/interimwerk</td>
<td>Gezondheid en verzorging
Voorkomen is onverzorgd, onaangepast aan seizoen (kleding, schoeisel, hygiëne)
Slechte tandhygiëne
Complexe problemen (meerdere ziektes)
Depressie, eenzaamheid</td>
</tr>
</table>

Deze signaallijst en communicatietips zijn een initiatief van het OCMW, Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel en de Vereniging Huisartsenkringen Zuiderkempen (VHK)