Multiculturaliteit in de huisartsenpraktijk

Een exploratief onderzoek naar de verschillen in graad van consumptie van bijkomende diagnostiek bij autochtone en allochtone vrouwen tussen 15 en 44 jaar

Van den bergh Anke, KULeuven

Promotor: Roex Ann, KULeuven

Co-promotoren: Truyers Carla, KULeuven – Bayon Isabelle, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Voorwoord

In de totstandkoming van deze MANAMA-thesis, zou ik graag enkele personen bedanken. Vooreerst wil ik mijn promotor en copromotoren bedanken voor de hulp tijdens het realiseren van deze thesis. De literatuurstudie, de opmaak van de registratieformulieren en het verwerken van de gegevens gingen niet altijd vanzelf. Zij vormden geregeld de spreekwoordelijke stok achter de deur, die er voor zorgde dat ik af en toe de nodige tijd besteedde aan het opzoek- en schrijfwerk voor deze thesis. Full-time werken combineren met studeren en thesissen schrijven, dat creëert soms nood aan wat externe druk om alles op tijd te kunnen realiseren.

Verder wil ik heel graag de 9 artsen bedanken die deelnamen aan mijn onderzoek. Bedankt voor jullie deelname, jullie snelle en efficiënte manier van werken en jullie positieve feedback.

Tot slot wil ik mijn vriend, mijn familie en vrienden bedanken voor hun steun en geduld, vooral tijdens de laatste weken, om dit allemaal tot een goed einde te brengen.

Multiculturaliteit in de huisartsenpraktijk

Een exploratief onderzoek naar de verschillen in graad van consumptie van bijkomende diagnostiek bij autochtone en allochtone vrouwen tussen 15 en 44 jaar

Achtergrond. Uit voorgaande studies bleek dat er binnen de huisartsenpraktijk duidelijke verschillen bestaan tussen frequentie van consulteren en aard en presentatie van klachten tussen autochtone en allochtone bevolkingsgroepen. Om die studie verder uit te breiden, gingen we na of er op het vlak van een aantal bijkomende diagnostische onderzoeken ook verschillen zijn.

Objectief. Aan de hand van bestaande literatuur in verband met verschillen binnen gezondheidszorg tussen deze bevolkingsgroepen werd een onderzoek opgesteld om het gebruik van bijkomende diagnostiek voor beide groepen na te gaan.

Methode. In verschillende databases werd gezocht naar artikels die gelijkenissen en verschillen binnen beide groepen bespreken. Aan de hand hiervan werd een vragenlijst opgesteld die peilt naar enkele algemene gegevens, medische achtergrond en uitgevoerde bijkomende diagnostiek in de laatste 12 maanden. De registraties die we hieruit bekwamen, werden door middel van een descriptieve analyse en grafische weergave verwerkt.

Resultaten. De bevraagde populatie bestond uit 158 patiënten, waarvan 79 allochtoon en 79 autochtoon. Uit de verwerking van de resultaten bleek dat de geïncludeerde allochtone patiënten gemiddeld 3,22 bijkomende onderzoeken per patiënt per jaar lieten uitvoeren aangevraagd door de huisarts of opgetekend in het medische dossier tegenover een gemiddeld aantal bijkomende onderzoeken per patiënt per jaar van 2,89 bij de geïncludeerde autochtone patiënten.

Wat betreft de niet-aangevraagde en niet-gedocumenteerde bijkomende onderzoeken per patiënt per jaar zagen we een gemiddelde van 1,27 bij de geïncludeerde allochtone patiënten en een gemiddelde van 0,62 bij de geïncludeerde autochtone patiënten.

Discussie. Het aantal deelnemende artsen en het aantal geregistreerde patiënten waren te beperkt om de conclusie die uit dit onderzoek volgt te veralgemenen. Verder doorgedreven onderzoek hierin is nodig om een algemeen beeld voor Vlaanderen en België te schetsen.

Conclusie. Er was een verschil in graad van consumptie van bijkomende diagnostiek tussen autochtone en allochtone patiënten op basis van de patiënten die wij geregistreerd hebben. Voor veralgemening van deze stelling is nog verder onderzoek noodzakelijk.

Keywords. Autochtoon, allochtoon, bijkomende diagnostiek.

Inleiding

Onze maatschappij is de laatste decennia steeds meer multicultureel geworden. Van over de hele wereld migreren mensen naar ons land en brengen hun eigen leefgewoontes en culturen met zich mee.[1] Dit is vooral te wijten aan de internationalisering van de economie en het openstellen van de grenzen voor migratie.
In de landen waar deze immigranten terecht komen, groeperen zij zich vaak in arme regio's in grote steden. Ze leven meestal in minder goede woonomstandigheden en in minder goede gezondheid.[2]

Nochtans was het de WHO's bedoeling om een "Health for all in the year 2000" te creëren door een gelijke toegang tot gezondheidszorg mogelijk te maken voor alle groepen. Toch werden de grote verschillen in het gebruik van de gezondheidszorg reeds meermaals beschreven in de literatuur.[3]

In "Migration, acculturation and utilization of primary health care" werden de aanmeldingsklachten en de mentale gezondheid van beide bevolkingsgroepen in België nagegaan.[4]
Hieruit bleek dat voor alle leeftijden en beide geslachten in beide groepen de uitkomsten zeer gelijklopend zijn, behalve bij de vrouwelijke groep tussen 15 en 44 jaar. Deze groep vertoonde het vaakst vage klachten, kwam sneller op consultatie en had toch een uitermate goede prognose.
We wilden het onderzoek dat verricht is naar deze groep mensen uitbreiden en nagaan of we bij beide groepen evenveel bijkomende diagnostiek uitvoeren. Indien niet, waar ligt dan het verschil?

Hoewel de geneeskundige richtlijnen ons anders aangeven, groeit het aantal bijkomende diagnostische tests die aangevraagd worden in vele landen. Mogelijks uit angst om bepaalde diagnoses te missen of door gebrek aan kennis over het nut en het adequate gebruik van bepaalde bijkomende diagnostische tests. Mogelijks ook omdat patiënten zelf frequenter vragen naar bijkomende onderzoeken.[5]
Op het waarom van dit gegeven gaan we in deze studie niet verder in. Maar het gegeven dat de patiënten zelf frequenter vragen naar bijkomende onderzoeken, was voor ons wel een

belangrijk gegeven. Patiënten worden namelijk in hoofdzaak doorverwezen door de huisarts, maar tegelijkertijd zijn zij ook steeds vaker zelf de planners van bijkomende onderzoeken.

Of dit binnen bepaalde bevolkingsgroepen meer of minder het geval is, was voor ons land nog niet bestudeerd, maar in enkele buitenlandse studies vonden we al aanwijzingen terug die ons onderzoek kunnen ondersteunen.
In een Nederlandse studie werd er bijvoorbeeld gekeken naar het aantal verwijzingen en het uitvoeren van bijkomende onderzoeken bij de allochtone groep van de bevolking in vergelijking met de autochtone Nederlandse populatie.[6] Deze studie toonde aan dat er een significant verschil is tussen beide groepen wat betreft bijkomende diagnostiek. De groep allochtonen (niet verder gespecifieerd naar origine) werd vaker verwezen naar en werd vaker opgevolgd door internisten-specialisten. Binnen deze grote groep ging het vooral om eerste-generatie allochtonen. Ook werd aangetoond dat vooral de etnische afkomst, meer dan de socio-economische status, aan de basis ligt van dit verschil.
Deze bevindingen maakten dat we de socio-economische status wel bevroegen, maar ons vooral toespitsten op de etnische afkomst van de personen.

Methode

Terminologie

Alvorens ons onderzoek aan te vatten, was het nuttig om voor een aantal begrippen een passende definitie te vinden. Aangezien het hier over begrippen ging die in verschillende vakgebieden een andere definitie krijgen, was het nuttig om stil te staan bij deze definities en de voor ons meest bruikbare hieruit te filteren.

Autochtoon – Allochtoon

Het begrip allochtoon wordt in het Van Dale woordenboek omschreven als 'van elders aangevoerd of afkomstig' of 'niet-oorspronkelijke bewoner, met name buitenlandse werknemer'. Vroeger werd het woord vooral in de geologie gebruikt, maar in 1971 introduceerde de sociologe Hilde Verwey-Jonker het als een alternatief voor immigrant, gastarbeider of buitenlander.[7]

In Vlaanderen zijn er een heleboel gangbare definities van het woord 'allochtoon'.[8] Een Vlaamse definitie vinden we in het decreet van 28 april 1998 inzak het Vlaamse beleid ten aanzien van etnisch-culturele minderheden. Hierin wordt een allochtoon beschreven als: 'personen die zich legaal in België bevinden, ongeacht of zij de Belgische nationaliteit hebben en die tegelijkertijd aan de volgende voorwaarden voldoen:
- minstens één van hun ouders of grootouders is geboren buiten België,
- zij bevinden zich in een achterstandspositie vanwege hun etnische afkomst of hun zwakke sociaal-economische status.'
In deze definitie is het natuurlijk moeilijk om na te gaan wat onder achterstandspositie verstaan wordt. Het is een zeer diffuus begrip en er bestaat geen eenduidige registratie hierover. Bovendien houdt deze definitie enkel rekening met de achtergestelde allochtonen en niet met de succesvolle.

In het besluit van de Vlaamse Regering van 24 december 2004 houden de maatregelen ter bevordering en ondersteuning van het gelijkekansen- en diversiteitsbeleid in de Vlaamse administratie, vinden we nog een bijkomende definitie. Hierin worden allochtonen beschreven als personen met een nationaliteit van buiten de Europese Unie of personen van wie minstens één ouder of twee grootouders een nationaliteit hebben van een land buiten de Europese Unie. In deze definitie wordt de achterstandspositie achterwege gelaten, wat de definitie meer

bruikbaar maakt. Anderzijds worden mensen met een niet-Belgische, maar wel Europese nationaliteit in deze definitie niet als allochtoon beschouwd.[9]

Voor werkgelegenheidsinstanties zijn er voorstellen om een allochtoon te definiëren als een persoon die in Vlaanderen woont of deel uitmaakt van de Vlaamse Gemeenschap en van wie ten minste één grootouder buiten de Europese Unie geboren is en met uitsluiting van de andere West- en Noord-Europese staten, de VS en Canada. Deze definitie zorgt ervoor dat er ook een betere afstemming van het beleid komt op groepen die kampen met een zeker maatschappelijke achterstand.

De opdeling allochtoon/autochtoon kan op verschillende manieren gedefinieerd worden. Voor dit onderzoek gebruikten we een objectief meetbare of bevraagbare definitie, waarin de groepen duidelijk van elkaar kunnen onderscheiden worden.
De eigen nationaliteit en de nationaliteit van ouders of grootouders was duidelijk bevraagbaar.

De achterstandspositie was voor dit onderzoek zeker ook een parameter die niet uit het oog verloren mocht worden. Mensen die afkomstig zijn uit een land met een perfect vergelijkbaar zorgsysteem of uit een cultuur waar op eenzelfde manier met ziekte en gezondheid wordt omgegaan als hier in Vlaanderen, zullen zich hier niet anders gedragen dan autochtone patiënten. Helaas was een zorgsysteem en het omgaan met ziekte en gezondheid geen duidelijk meetbaar of bevraagbaar criterium en moesten we hierin zelf voor een afbakening zorgen. De meeste West- en Noord-Europese landen, de VS en Canada blijken de landen die in die opzichten het dichtst tegen onze normen aanliggen. Hierdoor leek de definitie van de werkgelegenheidsinstanties ons het meest bruikbaar in het onderzoek.
Onze definitie luidde dan ook als volgt:
Een persoon die in Vlaanderen woont of deel uitmaakt van de Vlaamse Gemeenschap en van wie ten minste één grootouder buiten Vlaanderen geboren is en met uitsluiting van de andere West- en Noord-Europese staten, de VS en Canada.

<u>Populatie</u>
In heel wat buitenlandse studies werden de gehele autochtone en allochtone groep vergeleken. Er werd een algemeen beeld gemaakt van hoe de totale etnische populatie binnen één land verschilt ten opzichte van de autochtone bevolkingsgroep, zonder onderscheid te maken tussen bepaalde leeftijdsgroepen, geslachten of land van herkomst.[10]

Een andere vorm van studies aangaande etnische verschillen, maakte wel een onderscheid op basis van leeftijd of op basis van origine. In deze studies werden bepaalde groepen meer naar voren geschoven en werden deze vergeleken met de autochtone groep, hetzij van diezelfde leeftijdscategorie of in het algemeen.[11]
In bovenvermelde tekst van Van der Struyft vonden we hier een voorbeeld van terug. In die studie werd namelijk op basis van geslacht en leeftijd gesubspecifieerd. Autochtone en allochtone bevolkingsgroepen werden met elkaar vergeleken, maar de allochtone vrouwen tussen de 15 en 44 jaar kwamen vaker naar de huisarts met vage klachten zonder slechtere prognose dan de autochtone vrouwen van die leeftijd.[12]
Omdat deze studie de enige studie was die zich op de Vlaamse populatie richt, hebben we dan ook dezelfde onderverdeling gehanteerd voor ons onderzoek en hebben we ons toegespitst op de vrouwelijke patiënten tussen de 15 en 44 jaar.

Opzet

Aan de hand van bovenvernoemde definities en aangehaalde voorbeelden uit de literatuur, hebben we de criteria voor ons onderzoek opgesteld.
De registraties werden uitgevoerd bij vrouwen tussen 15 en 44 jaar (geboortejaar tussen 1968 en 1997), waarbij zij het label allochtoon kregen indien zij in Vlaanderen wonen of deel uitmaken van de Vlaamse Gemeenschap en ten minste één grootouder hebben die buiten Vlaanderen geboren is, met uitsluiting van de andere West- en Noord-Europese staten, de VS en Canada of autochtoon indien ze hier niet aan voldeden.
De subjecten mochten op het moment van de registratie niet zwanger zijn en mochten niet bevallen zijn in de laatste 12 maanden.
Relevante medische gegevens (chronische ziektes, medicatie inname, rookgewoontes, drinkgewoontes en socio-economische status) werden geregistreerd.
De outcomes die voor dit onderzoek het belangrijkst waren, waren de onderzoeken die rechtstreeks uit het consult zullen volgen en de bijkomende onderzoeken die de patiënt, al dan niet op eigen initiatief, heeft laten uitvoeren in de laatste 12 maanden.
In bijlage zijn zowel de brief naar de artsen, de criteria, de praktische richtlijnen en de registratieformulieren bijgevoegd.

Chronische ziekten

Onder chronische ziektes werden alle condities gerekend die een meer chronische opvolging vereisen, meer nauwgezette expertise, al dan niet onder de vorm van bijkomende onderzoeken en in de meeste gevallen ook chronische medicatie noodzakelijk maken.
De patiënten werden hierover niet bevraagd, de arts vult dit gegeven zelf in.
We gaven de artsen de mogelijkheid om te specifiëren om welke chronische ziekte het ging en de ernst (weinig ernstig, matig ernstig, ernstig en zeer ernstig) ervan in te schatten. Veelal werd de mogelijkheid tot specificatie van de aandoening niet benut en werd enkel de ernst genoteerd.

Chronische medicatie

Onder chronische medicatie werden alle medicamenten gerekend die door de patiënt dagelijks werden gebruikt. Deze werden ingedeeld in een aantal categorieën. Deze categorieën waren protonpompinhibitoren, analgetica, antidepressiva, contraceptiva, psychofarmaca, antihypertensiva, diabetes medicatie, cholesterolverlagende middelen, vitaminen of supplementen en anderen.
De analyse gebeurde niet op het effectieve aantal verschillende geneesmiddelen. Er werd gekeken naar het aantal categorieën, vanuit welke de patiënt medicatie neemt. Zo werden verscheidene antidepressiva bijvoorbeeld gerekend als 1 categorie en dus voor onze studie als 1 chronisch geneesmiddel geregistreerd.

Rookgewoontes

De rookgewoontes van de patiënten werden actief bevraagd en geregistreerd. Voor ons onderzoek hebben we slechts enkele grote categoriëen bekeken met name of ze nooit gerookt hebben, vroeger gerookt hebben of nu nog steeds roken. Het aantal sigaretten per dag werd niet geanalyseerd.

Alcoholgebruik

Wat alcoholgebruik betreft, hebben we de patiënten eveneens actief bevraagd of ze soms alcohol drinken en indien ja, of dat vaker of minder vaak is dan 2 keer per week. Opnieuw werd er de mogelijkheid gegeven om het aantal units te specifiëren, maar gezien de diversiteit in de antwoorden hebben we enkel de grote categoriëen geanalyseerd.

Socio-economische status

Tijdens ons onderzoek wilden we een beeld kunnen vormen van de socio-economische status van onze geregistreerde populatie. We hebben dit niet actief bevraagd aan de patiënten, maar hebben aan de artsen gevraagd een subjectieve inschatting hieromtrent te maken. De artsen werden gevraagd hun geregistreerde patiënten op te delen in drie grote groepen, namelijk de patiënten die in problematische socio-economische omstandigheden leven, de patiënten die in normale socio-economische omstandigheden leven en de patiënten die in superieure socio-economische omstandigheden leven. Er was voor de artsen ook een mogelijkheid om niet te antwoorden op deze vraag indien zij geen zicht hadden op de socio-economische toestand van bepaalde patiënten.

Bijkomende diagnostiek

Onder bijkomende diagnostiek werden alle bijkomende tests gerekend die niet volledig kunnen uitgevoerd worden in de huisartsenpraktijk.

In heel wat andere landen bestaat een huisartsenpraktijk niet enkel uit een huisarts en eventueel een administratief medewerker, maar zijn er ook vaak verpleegkundigen, psychologen, kinesitherapeuten, etc. aanwezig en worden medische beeldvorming, microscopie en bepaalde andere bijkomende tests in de praktijk zelf gedaan. In België is dit meestal niet het geval.

We hielden hier in ons onderzoek rekening mee, door alle tests die verricht werden buiten de anamnese en het klinisch onderzoek in rekening te brengen als bijkomende diagnostiek.

Onder de bijkomende onderzoeken die in de laatste twaalf maanden bij de patiënten waren uitgevoerd, werd in eerste instantie onderscheid gemaakt tussen de onderzoeken die door de huisarts zelf waren aangevraagd of die opgetekend stonden in het medische dossier van de patiënt en de onderzoeken die de patiënt op eigen initiatief had laten uitvoeren en die niet in het medische dossier stonden opgetekend. Patiënten werden hierover actief bevraagd.

Binnen beide grote groepen werd er nog een onderverdeling gemaakt in type van bijkomend onderzoek dat de patiënt had laten uitvoeren, namelijk alle mogelijke labo-onderzoeken (urine, bloed, faeces, PAP), medische beeldvorming onder welke vorm dan ook, endoscopiëen, consulten bij andere medische specialiteiten, consulten op spoedgevallen of andere.

Dataverwerking

Voor de verwerking van de resultaten van de registraties hebben we gekozen voor een exploratieve en descriptieve analyse. De gegevens werden in Excel ingevoerd en de twee grote groepen werden vergeleken met elkaar.

Subjecten werden geclassificeerd aan de hand van de WHO age group classification (13). Deze classificatie maakt een onderverdeling binnen de grote groepen in kleinere categorieën op basis van leeftijd, namelijk per 5 jaar.

Nadien hebben we de verdeling van de beide groepen patiënten vergeleken wat betreft chronische ziekten, chronische medicatie inname, rookgewoontes, drinkgewoontes en socio-economische toestand.

Aan de hand van de uitgevoerde registraties konden we de verschillen tussen de deelnemende artsen analyseren wat betreft populatie en bijkomende onderzoeken die zij aanvragen of laten uitvoeren.

Als laatste stap in de verwerking van onze resultaten hebben we het aantal bijkomende onderzoeken onder de loep genomen. In deze vergelijking hebben we eerst een antwoord gezocht op onze onderzoeksvraag, namelijk of hierin een verschil is tussen autochtone en allochtone patiënten. Nadien hebben we ook de verschillen tussen de deelnemende artsen bestudeerd. Ook zijn we het verband tussen socio-economische status en bijkomende onderzoeken nagegaan.

Op basis van het berekenen van gemiddeldes en odds ratios gaan we na of er een significant verschil is.

Resultaten werden eveneens grafisch voorgesteld.

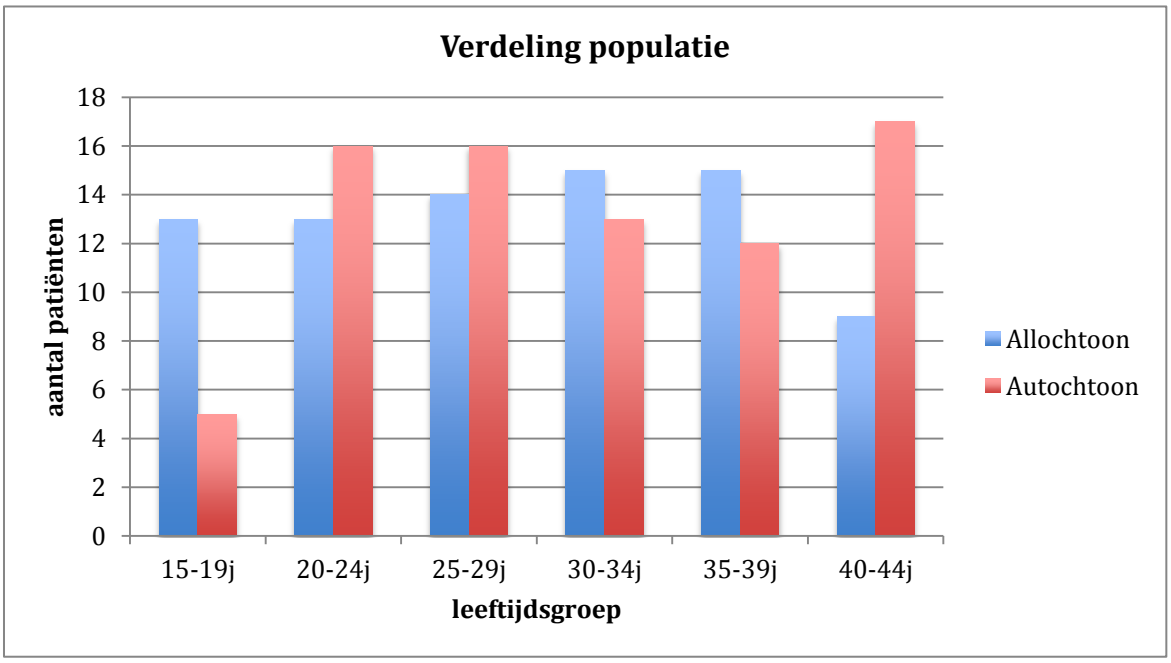
Resultaten

Patiëntenpopulatie

Onze populatie bestond uit 158 vrouwelijke subjecten tussen 15 en 44 jaar.
Hiervan waren er 79 patiënten van allochtone origine en 79 van autochtone origine.

Leeftijd

Binnen de verschillende leeftijdsgroepen zagen we dat er niet altijd een evenredige verdeling was tussen geregistreerde autochtone en allochtone patiënten. In bepaalde groepen was het aantal allochtone patiënten groter, in andere groepen was het aantal autochtone patiënten groter.
De leeftijdsverdeling wordt weergegeven in figuur 1.
De grootste verschillen situeerden zich in de groep van 15 tot 19 jaar, waar er veel meer allochtone patiënten geregistreerd werden en in de groep van 40 tot 44 jaar, waar er veel meer autochtone patiënten geregistreerd werden.



Figuur 1: Leeftijdsverdeling van de allochtone en autochtone groep

De gemiddelde leeftijd van de autochtone patiënten die geregistreerd werden in dit onderzoek was 29,1 jaar en de gemiddelde leeftijd van de allochtone patiënten die geregistreerd werden in dit onderzoek was 30,9 jaar.

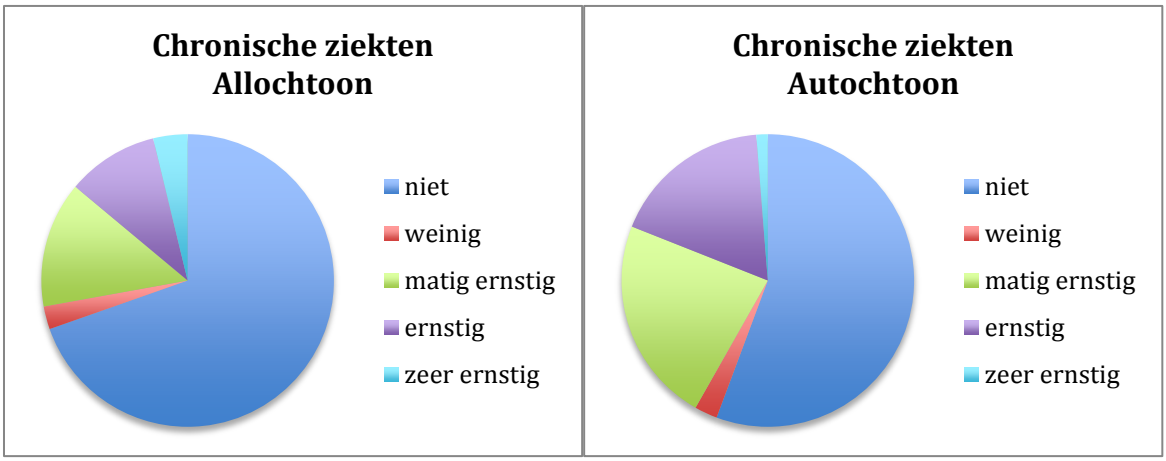
Chronische ziekten

In totaal waren er 59 patiënten die lijden aan een chronische ziekte.

In de allochtone groep waren dat 24 patiënten, waarvan 2 weinig, 11 matig ernstig, 8 ernstig en 3 zeer ernstig lijden aan een chronische ziekte.

In de autochtone groep waren dat 35 patiënten, waarvan 2 weinig, 18 matig ernstig, 14 ernstig en 1 zeer ernstig lijden aan een chronische ziekte.

In de autochtone groep zagen we dat een groter deel van de bevraagde populatie leed aan een chronische ziekte dan in de allochtone groep (figuur 2).



Figuur 2: chronische ziekten bij de allochtone en de autochtone groep

Procentueel kunnen we zeggen dat 44,3% van de autochtone bevraagde populatie leed aan een of andere chronische ziekte, terwijl dit in de allochtone groep slechts 30,4% is.

Chronische medicatie

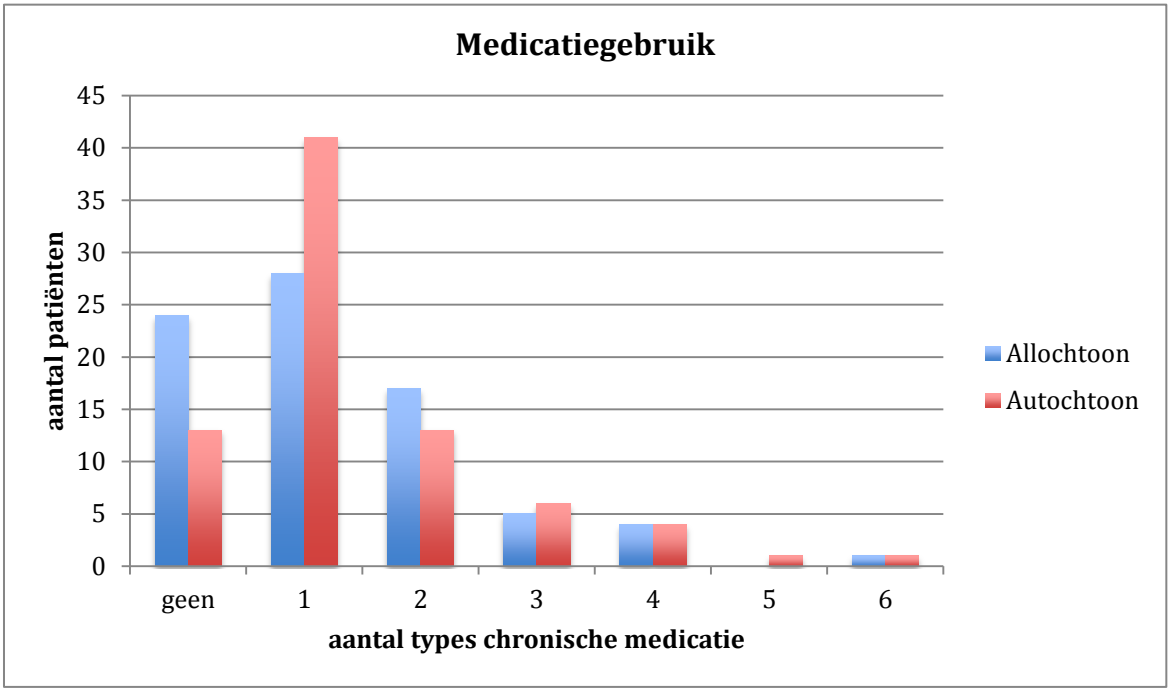
Om het onderscheid in deze groep makkelijker te maken, hebben we niet het aantal gebruikt producten in rekening gebracht, maar wel het aantal categoriëen (cfr supra) waaruit producten werden gebruikt.

37 patiënten ofwel 23,4% van de onderzochte populatie namen geen chronische medicatie, waarvan 13 autochtone en 24 allochtone patiënten.

In bijna alle andere categorieën zagen we dat de autochtone patiënten meer vertegenwoordigd waren dan de allochtone patiënten, behalve in de groep van patiënten die 2 types van chronische medicatie innamen.

Op figuur 3 zien we inderdaad dat in alle secties de autochtone populatie hoger scoorde dan

de allochtone populatie, behalve in de groep die geen chronische medicatie innam en in de groep die 2 types chronische medicatie innam.



Figuur 3: Medicatiegebruik bij de allochtone en autochtone groep

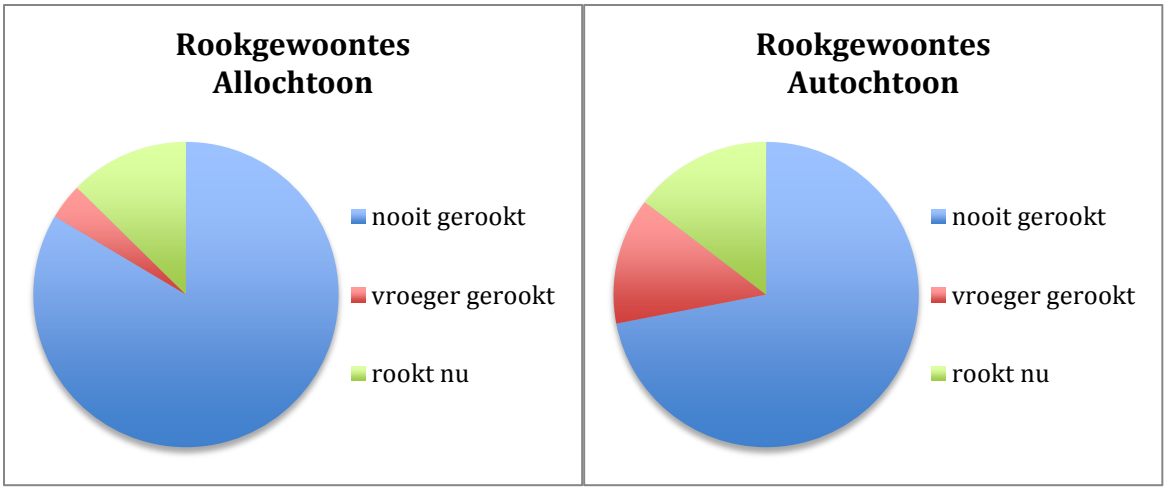
Gemiddeld gezien namen de autochtone patiënten, vervat in deze studie, 1,42 vormen van chronische medicatie en de allochtone patiënten 1,25 vormen van chronische medicatie. Als we de mediaan voor beide groepen bekeken, kwamen we wel voor elk van beide groepen uit op 1 type chronische medicatie.

Rookgewoontes

Bij de allochtone bevolking hebben 66 patiënten nooit gerookt, hebben 3 patiënten vroeger gerookt en roken er nu 10 patiënten.

Bij de autochtone bevolking hebben 59 patiënten nooit gerookt, hebben 11 patiënten vroeger gerookt en roken er nu 12 patiënten.

Meer autochtone patiënten hebben ooit gerookt, zowel vroeger als nu, dan allochtone patiënten (figuur 4).

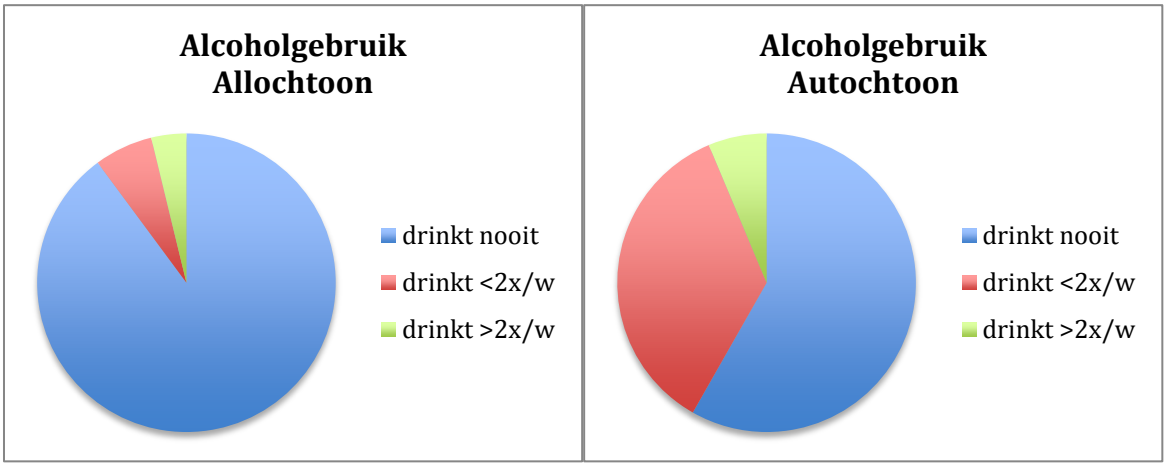


Figuur 4: Rookgewoontes bij de allochtone en de autochtone groep

Procentueel gezien waren er 84% allochtone patiënten die nooit gerookt hebben en 72% autochtone patiënten die nooit gerookt hebben.

Alcoholgebruik

In de autochtone groep was er een veel groter aantal patiënten dat wekelijks alcohol gebruikt. (figuur 5)



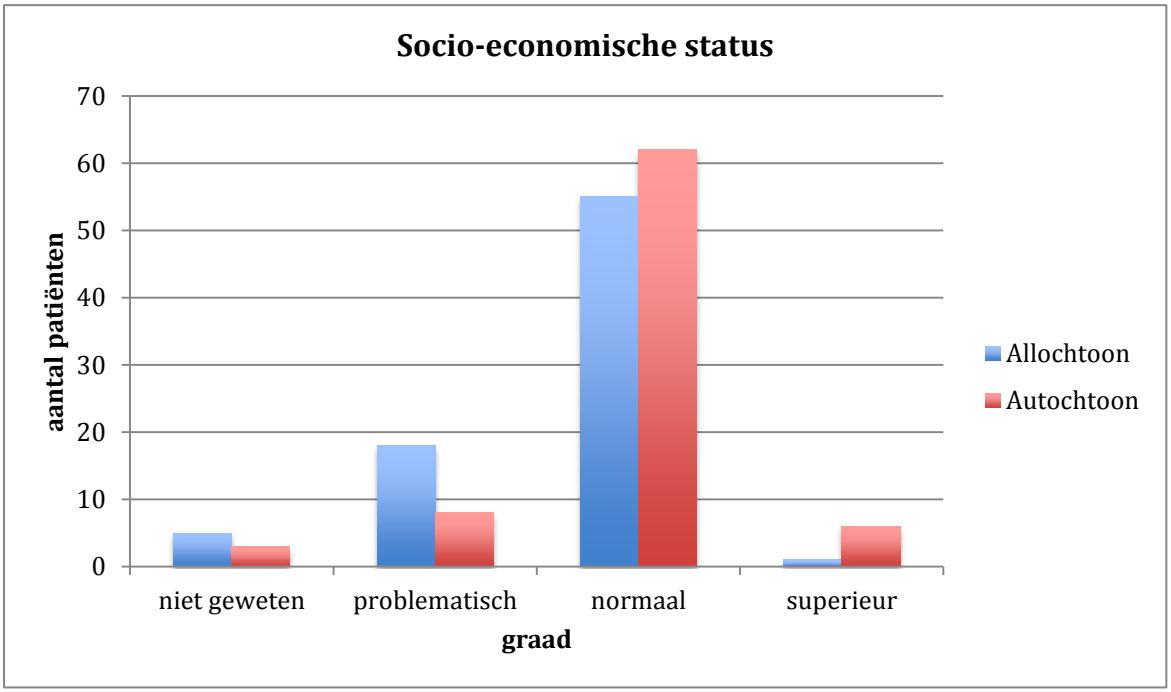
Figuur 5: Alcoholgebruik bij de allochtone en de autochtone groep

Procentueel gezien dronk 90% van de allochtone populatie in dit onderzoek nooit alcohol, terwijl dit in de autochtone populatie slechts 58,2% was.

Socio-economische status

We hebben de artsen gevraagd om een classificatie van de patiënten te maken aangaande hun socio-economische toestand. (cfr supra)

De meeste patiënten die in ons onderzoek geregistreerd werden, behoorden tot de categorie "normale socio-economische status", zowel in de autochtone (78,5%) als allochtone (69,6%) groep. In de groep "problematische socio-economische status" zagen we dat er meer allochtone patiënten (22,7% ten opzichte van 10,1%) zaten en in de groep "superieure socio-economische status" zagen we dat er meer autochtone patiënten (7,6% ten opzichte van 1,3%) zaten (figuur 6).



Figuur 6: Socio-economische status bij de allochtone en de autochtone groep

Algemeen

Algemeen kunnen we stellen dat de autochtone populatie die we bekeken hebben gemiddeld iets jonger was dan de allochtone populatie die we bestudeerd hebben.

Gemiddeld gezien leden de autochtone patiënten uit deze studie vaker aan chronische ziekten, namen ze meer vormen van chronische medicatie in, vertoonden ze meer uitgesproken positieve rookgewoontes, consumeren zij meer alcohol en stonden zij iets hoger op de socio-economische ladder dan de hier geregistreerde allochtone patiënten.

Artsenpopulatie

Aan de registraties namen 9 artsen deel, 7 uit Mechelen, 1 uit Kappele-op-den-Bos en 1 uit Machelen.

Alle artsen zagen, zoals vooropgesteld, een gelijk aantal autochtone en allochtone patiënten, 2 artsen registreerden geen patiënten uit de leeftijdsgroep van 15 tot 19 jaar en 2 artsen registreerden geen patiënten uit de leeftijdsgroepen van 30 tot 34 en 35 tot 39 jaar.

Alle artsen registreerden patiënten uit alle socio-economische klassen, patiënten die vroeger hebben gerookt of nu roken of nooit gerookt hebben, die nooit of minder of vaker dan 2 keer per week alcohol drinken en patiënten die leden aan chronische ziekten en chronisch medicatie innamen.

Bijkomende onderzoeken

Zoals hierboven beschreven, hebben we binnen het onderdeel bijkomende onderzoeken steeds onderscheid gemaakt tussen de onderzoeken die de arts zelf heeft aangevraagd of die opgetekend staan in het medische dossier en de onderzoeken die de patiënt op eigen initiatief heeft laten uitvoeren en die niet opgetekend staan in het dossier.

Er werd in de beide grote groepen ook gekeken naar welk type onderzoek de patiënt had laten uitvoeren. We bekeken echter vooral het aantal onderzoeken en niet zozeer het type.

ETNICITEIT

Door de arts aangevraagd of opgetekend in het dossier

De onderzoeken die opgetekend stonden in de dossiers, varieerden in aantal van geen tot 45 bijkomende onderzoeken.

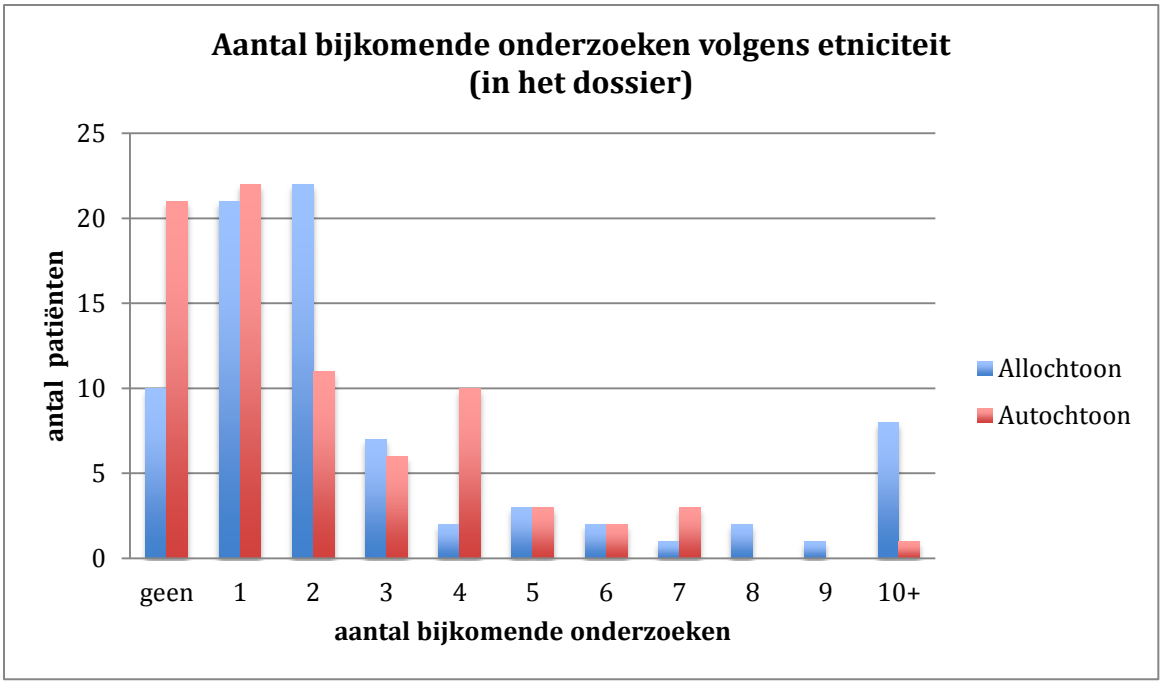
In bijna alle groepen zagen we een groter percentage allochtone patiënten ten opzichte van autochtone patiënten die bijkomende onderzoeken laten uitvoeren. In tabel 1 zien we de exacte verdeling en de percentages van de patiënten per aantal bijkomende onderzoeken dat zij lieten uitvoeren.

In de meeste van de bijkomende onderzoeken ging het om bloedonderzoeken, consulten bij specialisten en medische beeldvorming. In mindere mate ging het om consulten op de dienst spoedgevallen en urineonderzoeken.

Bijkomende onderzoeken	**Allochtone patiënten**		**Autochtone patiënten**	
Geen	10	12,7%	21	26,5%
1	21	26,5%	22	27,8%
2	22	27,8%	11	14%
3	7	8,8%	6	7,6%
4	2	2,5%	10	12,7%
5	3	3,8%	3	3,8%
6	2	2,5%	3	3,8%
7	1	1,3%	3	3,8%
8	2	2,5%	0	0%
9	1	1,3%	0	0%
11	0	0%	1	1,3%
12	3	3,8%	0	0%
13	1	1,3%	0	0%
17	1	1,3%	0	0%
23	0	0%	1	1,3%
24	2	2,5%	0	0%
35	1	1,3%	0	0%
45	0	0%	1	1,3%

Tabel 1: Aantal bijkomende onderzoeken volgens etniciteit (in het dossier)

Als we figuur 7 bekijken, zien we dat in de sectie van geen bijkomend onderzoek en 1 bijkomend onderzoek de groep autochtone patiënten groter is, in bijna alle groepen van 2 of meer onderzoeken zien we echter een omgekeerde verdeling en zien we dat de groep allochtone patiënten groter is dan de groep autochtone patiënten.



Figuur 7: Aantal bijkomende onderzoeken volgens etniciteit (in het dossier)

Als we dit in het totale kader zien, worden er bij allochtone patiënten gemiddeld 3,22 (±1,33) bijkomende onderzoeken per patiënt per jaar uitgevoerd en bij autochtone patiënten gemiddeld 2,89 (±1,21).

	Wel bijkomende onderzoeken	**Geen bijkomende onderzoeken**	
Autochtoon	58	21	79
Allochtoon	69	10	79
	127	31	

De odds ratio voor het krijgen van bijkomende onderzoeken voor autochtonen versus allochtonen bedraagt 0,4.
Het betrouwbaarheidsinterval voor deze odds ratio loopt van 0,1745 tot 0,9181. Aangezien 1 niet in dit interval vervat zit, kunnen we dus besluiten dat deze test statistisch significant is.

Niet door de arts aangevraagd en niet opgetekend in het dossier

Het aantal bijkomende onderzoeken dat patiënten lieten uitvoeren en die niet opgetekend stonden in het dossier, varieerde van 0 tot 14 bijkomende onderzoeken.

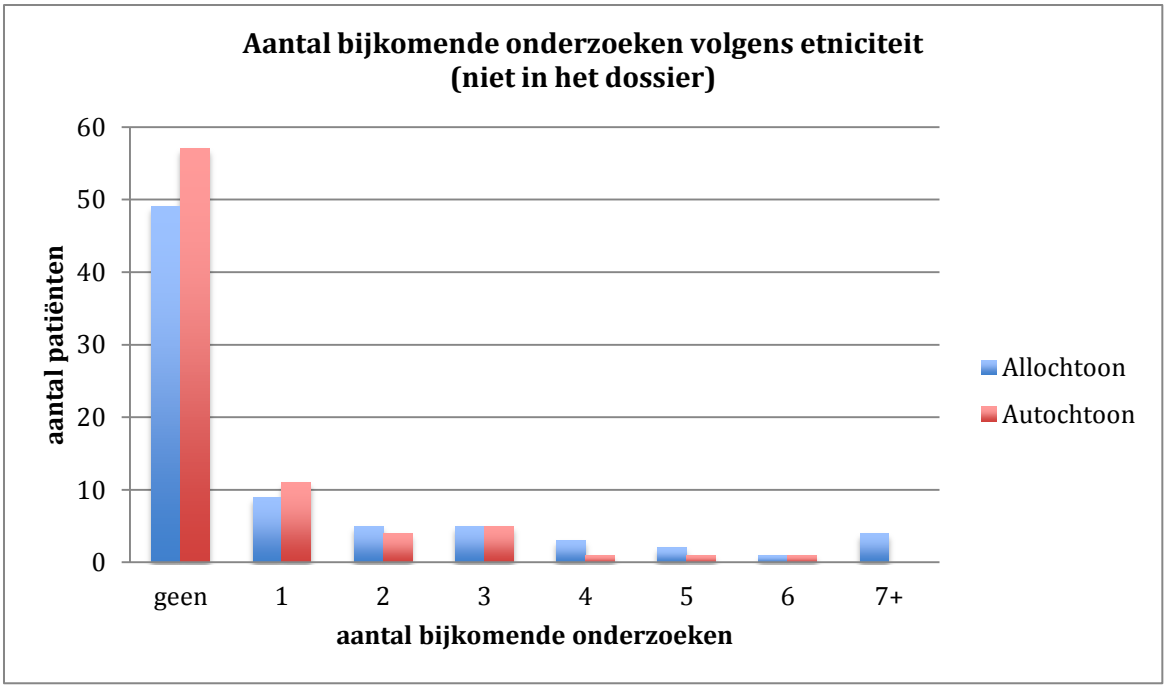
In bijna alle groepen zagen we een groter percentage allochtone patiënten ten opzichte van autochtone patiënten die bijkomende onderzoeken laten uitvoeren. In tabel 2 zien we de exacte verdeling en de percentages van de patiënten per aantal bijkomende onderzoeken dat zij lieten uitvoeren.

In de meeste van de bijkomende onderzoeken ging het om consulten bij een specialist en in mindere mate consulten op spoedgevallen.

Bijkomende onderzoeken	**Allochtone patiënten**		**Autochtone patiënten**	
Geen	49	62%	57	72,2%
1	9	11,4%	11	13,9%
2	5	6,3%	4	5,1%
3	5	6,3%	5	6,3%
4	3	3,8%	1	1,3%
5	2	2,5%	1	1,3%
6	1	1,3%	1	1,3%
7	1	1,3%	0	0%
8	1	1,3%	0	0%
9	1	1,3%	0	0%
14	1	1,3%	0	0%

Tabel 2: Aantal bijkomende onderzoeken volgens etniciteit (niet in het dossier)

Als we de grafiek bekijken, valt meteen op dat de verschillen niet zo uitgesproken zijn als bij de onderzoeken die wel in het dossier opgetekend staan. Voor de secties geen bijkomend onderzoek en 1 bijkomend onderzoek zien we dat het aantal autochtone patiënten groter is dan het aantal allochtone patiënten. In alle andere secties zien we een gelijk aantal patiënten of een groter aantal allochtone patiënten.



Figuur 8: Aantal bijkomende onderzoeken volgens etniciteit (niet in het dossier)

In het totale kader gezien lieten allochtone patiënten gemiddeld 1,27 (±0,54) en autochtone patiënten 0,62 (±0,27) bijkomende onderzoeken per patiënt per jaar uitvoeren buiten het dossier en de huisarts om.

	Wel bijkomende onderzoeken	**Geen bijkomende onderzoeken**	
Autochtoon	22	57	79
Allochtoon	30	49	79
	52	106	

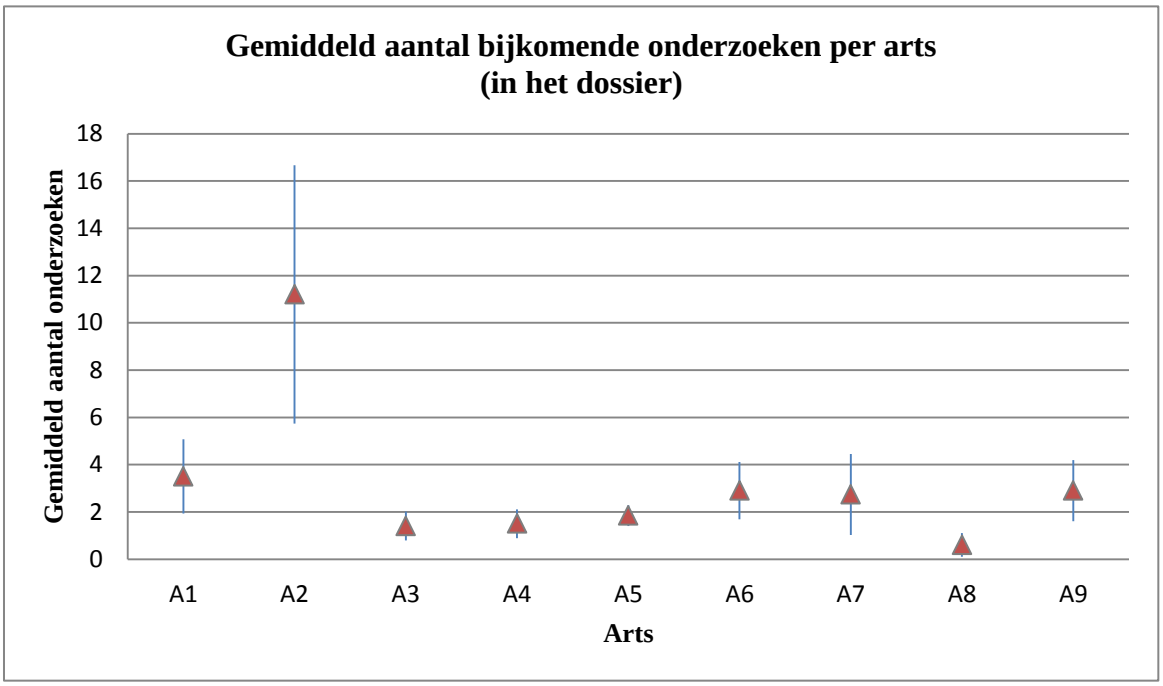
De odds ratio voor het krijgen van bijkomende onderzoeken voor autochtonen versus allochtonen bedraagt 0,63.
Het betrouwbaarheidsinterval voor deze odds ratio loopt van 0,3227 tot 1,2316. Aangezien 1 wel vervat is in het betrouwbaarheidsinterval, kunnen we besluiten dat deze test niet statistisch significant is.

ARTS INDIVIDUEEL

Er namen 9 artsen deel aan onze studie. Om na te gaan of er inter-individuele verschillen waren in het aantal aangevraagde en uitgevoerde bijkomende onderzoeken bij de patiënten van de verschillende artsen, hebben we ook de absolute aantallen hierin bekeken.

Door de arts aangevraagd of opgetekend in het dossier

Het aantal aangevraagde bijkomende onderzoeken of bijkomende onderzoeken die opgetekend stonden in het dossier varieerden van gemiddeld 0,6 onderzoek per patiënt per jaar tot 11,2 onderzoeken per patiënt per jaar tussen de deelnemende artsen onderling. Figuur 9 geeft de exacte gemiddeldes met hun betrouwbaarheidsinterval weer.



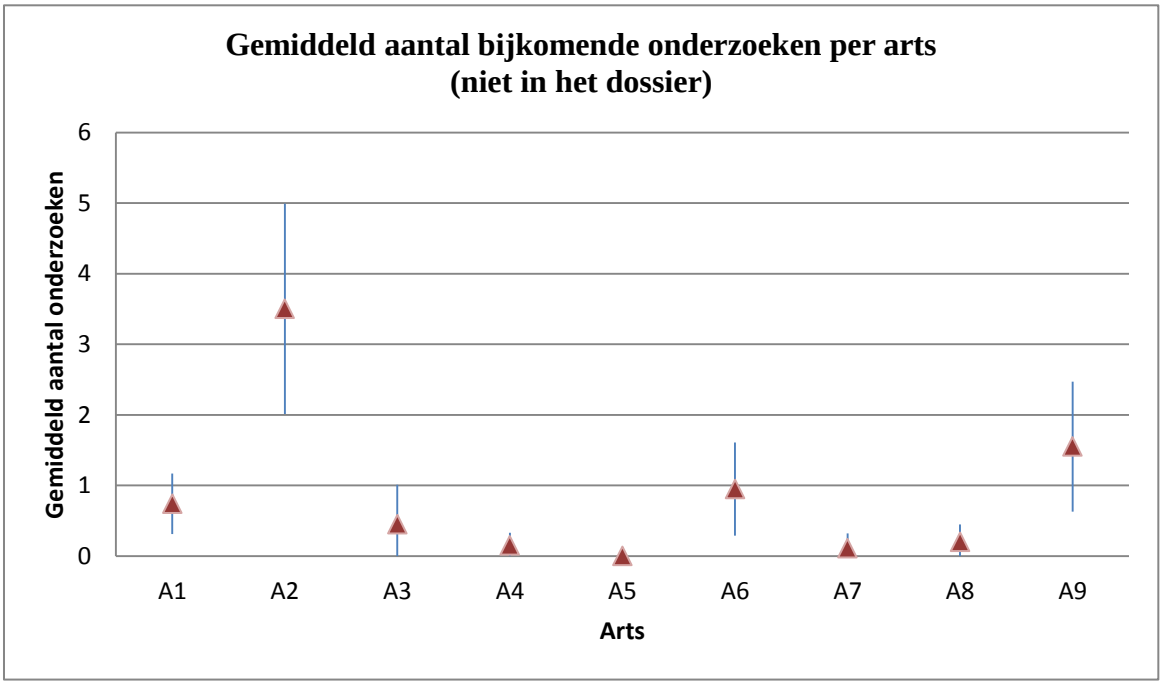
Figuur 9: Gemiddeld aantal bijkomende onderzoeken per arts (in het dossier)

Het totale gemiddelde van de onderzoeken die door alle artsen samen zijn aangevraagd of opgetekend, bedraagt 3,36 (±0,91) bijkomende onderzoeken per patiënt per jaar.

Niet door de arts aangevraagd en niet opgetekend in het dossier

Het aantal bijkomende onderzoeken die niet door de arts waren aangevraagd en niet stonden opgetekend in het dossier, varieerden van gemiddeld 0 onderzoek per patiënt per jaar tot 3,5 onderzoeken per patiënt per jaar tussen de deelnemende artsen onderling.

Figuur 10 geeft de exacte gemiddeldes met hun betrouwbaarheidsinterval weer.



Figuur 10: Gemiddeld aantal bijkomende onderzoeken per arts (niet in het dossier)

Het totale gemiddelde van de onderzoeken die niet aangevraagd en niet opgetekend waren van alle artsen samen, bedraagt 0,85 (±0,31) onderzoek per patiënt per jaar.

SOCIO-ECONOMISCHE STATUS

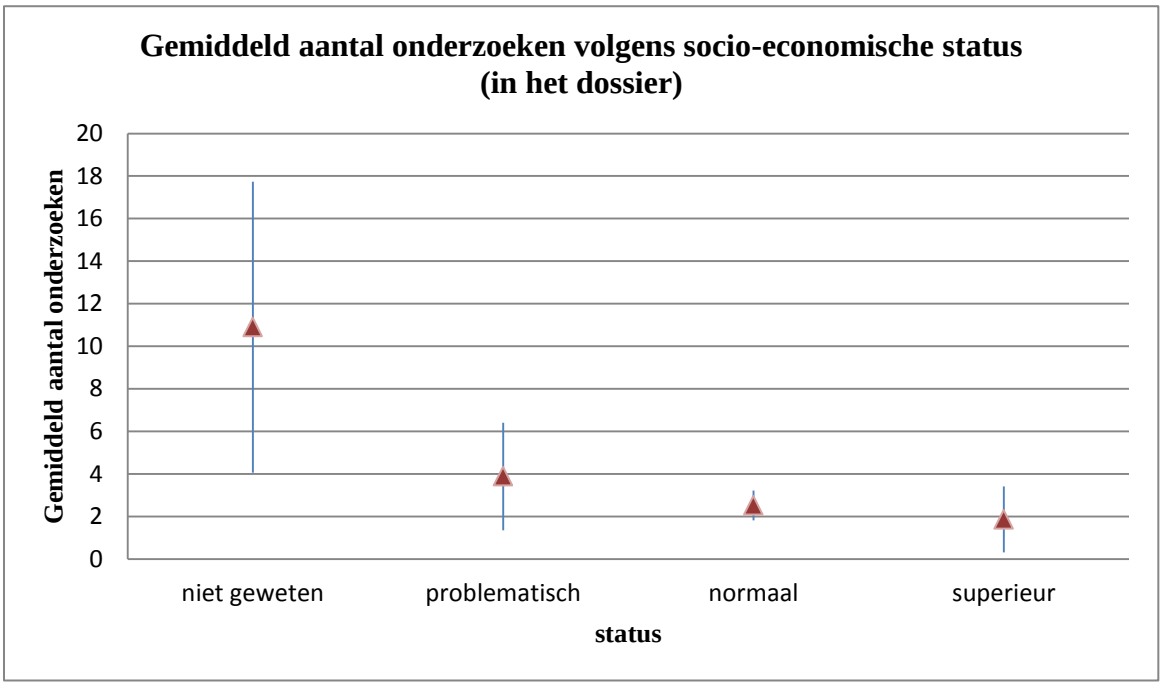
Door de arts aangevraagd of opgetekend in het dossier

Het aantal bijkomende onderzoeken opgetekend in het dossier bekeken volgens de socio-economische status varieerde van gemiddeld 1,86 tot 10,9 onderzoeken per patiënt per jaar.

De groep over wie niets geweten was, had hierin het hoogste gemiddelde.

We zagen een licht afname in gemiddeld aantal bijkomende onderzoeken naar stijgende socio-economische status.

Figuur 11 geeft de exacte gemiddeldes met hun betrouwbaarheidsinterval weer.



Figuur 11: Gemiddeld aantal onderzoeken volgens socio-economische status (in het dossier)

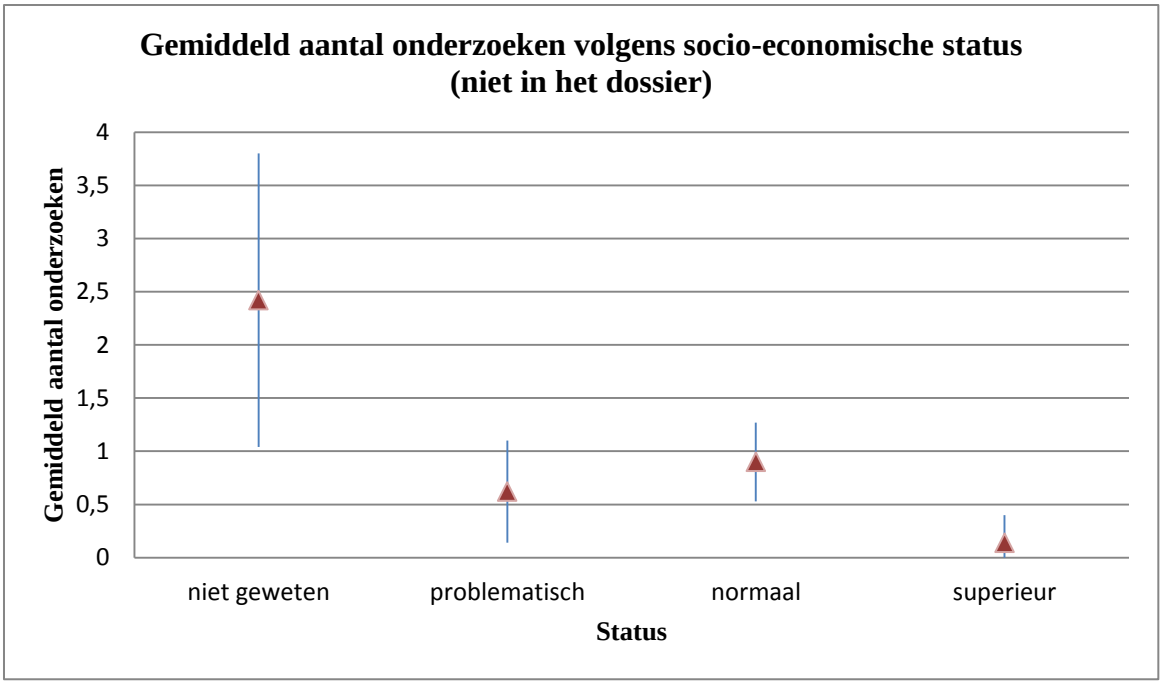
Niet door de arts aangevraagd en niet opgetekend in het dossier

Het aantal bijkomende onderzoeken niet opgetekend in het dossier bekeken volgens socio-economische status varieerde tussen 0,14 en 2,42 onderzoeken per patiënt per jaar.

Ook hier had de groep over wie niets geweten was het hoogste gemiddelde.

De tendens van dalend aantal bijkomende onderzoeken naar stijgende socio-economische status was hier niet terug te vinden.

Figuur 12 geeft de exacte gemiddeldes met hun betrouwbaarheidsinterval weer.



Figuur 12: Gemiddeld aantal onderzoeken volgens socio-economische status (niet in het dossier)

Discussie

Uit ons onderzoek leerden we dat de allochtone populatie die werd geregistreerd gemiddeld iets ouder was dan de autochtone populatie en dat zij minder chronische ziekten, minder uitgesproken rookgewoontes, minder alcoholgebruik en minder medicatiegebruik vertoonden dan de autochtone patiënten. Gemiddeld gezien stonden zij ook iets lager op de socio-economische ladder dan de autochtone groep.

De artsen die deelnamen, registreerden meestal patiënten uit alle leeftijdcategoriëen, registreerden een gelijk aantal autochtone en allochtone patiënten, van elke socio-economische klasse, met en zonder chronische pathologiëen en met alle varianten van medicatiegebruik, rookgewoontes en alcoholconsumptie.

Het aantal bijkomende onderzoeken per patiënt per jaar lag hoger in de allochtone groep dan in de autochtone groep, zowel wat betreft onderzoeken die door de arts zijn aangevraagd en opgetekend stonden in het dossier als onderzoeken die niet door de arts aangevraagd werden en niet in het dossier stonden opgetekend.
De discrepantie tussen het feit dat meer autochtone patiënten leden aan chronische ziekten en vaker medicatie gebruikten en het feit dat allochtone patiënten meer bijkomende onderzoeken lieten uitvoeren, was frappant. Indien we onze resultaten op een manier zouden verwerken waarin we de onderzoeken die nodig zijn binnen het kader van een chronische aandoening niet mee zouden rekenen, zou dit het verschil misschien nog meer uitgesproken maken. Dit is enkel een suggestieve opmerking, die we helaas niet hebben kunnen aantonen, aangezien er niet werd gevraagd naar specificatie van de chronische aandoeningen en we dus ook niet konden nagaan welke onderzoeken kunnen kaderen binnen opvolging van deze pathologiëen.

Er was ook een groot verschil in bijkomende onderzoeken die gemiddeld per arts werden aangevraagd. Dit verschil was niet echt te verklaren aan de hand van ervaring of onzekerheid, gezien de artsen die het hoogst aantal bijkomende onderzoeken aanvroegen of registreerden, zeer ervaren artsen waren.[13]

Als we keken naar het verschil in bijkomende onderzoeken op basis van socio-economische toestand, zagen we dat er vooral bij patiënten over wie niets geweten was en in mindere mate bij patiënten van een lagere socio-economische klasse het gemiddelde aantal bijkomende

onderzoeken hoger lag dan bij de socio-economisch hogere klassen.

Bij het uitvoeren van ons onderzoek hebben we heel duidelijke criteria gebruikt om onze populatie af te bakenen. Hierdoor verliepen de registraties door de artsen vlot en werd de verwerking van de resultaten vergemakkelijkt.
De inclusie- en exclusiecriteria waren makkelijk hanteerbaar en toetsbaar bij de patiënt. De registraties konden uitgevoerd worden aan de hand van het medisch dossier. Dit laat toe om met een minimum aan inspanning en tijd deze te vervolledigen.
Bijkomend voordeel aan de studie was dat slechts gedurende een maand geregistreerd moest worden, wat een voldoende korte registratieperiode was.
Hierdoor waren er 9 artsen bereid aan ons onderzoek deel te nemen. Deze artsen waren afkomstig uit Mechelen, Machelen en Kappele-op-den-Bos.
Allen samen registreerden zij 158 patiënten.

Het probleem stelt zich hier dat we ons slechts kunnen uitspreken over drie gemeentes.
Het gaat hier wel om multicultureel getinte gemeentes, die allen in dezelfde regio liggen. Dus dat er een verschil is in consumptie van bijkomende onderzoeken door autochtone en allochtone vrouwelijke patiënten tussen 15 en 44 jaar voor de regio Mechelen, mogen we op basis van deze studie wel stellen.
Veralgemenen naar heel Vlaanderen is echter te vroeg. Om een duidelijker beeld van de situatie op grotere schaal te krijgen, zouden we ons onderzoek opnieuw moeten uitvoeren en pogen zoveel mogelijk artsen uit andere gemeentes en steden in onze registraties te betrekken. Het aantal geregistreerde patiënten zou hierdoor ook groter zijn en dat zou een meer representatieve schets geven wat betreft Vlaanderen.
Zou de tendens zich verder zetten en nog meer uitgesproken worden? Of zou deze verdwijnen als we dit onderzoek op grotere schaal zouden herhalen?

Het beperkte aantal deelnemende artsen zorgt ervoor dat ook hier de bedenking kan gemaakt worden of de verschillen tussen de artsen onderling groter dan wel kleiner zouden worden indien we de studie zouden uitbreiden naar een groter aantal deelnemende artsen.
Het aantal registraties per arts vergroten, zou kunnen bijdragen tot het formuleren van een antwoord op deze vraag.

De registratie van de socio-economische status was vooral gestaafd op perceptie of

wetenschap van de behandelende artsen. Dit is dus een subjectief gegeven.
Om dit te objectiveren zou de patiënt hierover actief bevraagd moeten worden of zouden we moeten beschikken over gegevens als inkomens en dergelijke. Voor onze studie leek dit een beetje te ver drijvend, maar dit biedt opnieuw een mogelijk tot uitbreiding in een volgend onderzoek.

Ook werd er in de feedback van de deelnemende artsen meermaals de vraag gesteld of de gebruikte definitie van het begrip "allochtoon" wel helemaal correct en toepasbaar was voor een dergelijk onderzoek. Volgens meerdere deelnemende artsen includeren we volgens de definitie ook derdegeneratie allochtonen. In hun opinie zijn dit zeer geïntegreerde personen, die veel minder door culturele invloeden worden gestuurd.
Hierin vinden we nog een optie voor verder doorgedreven onderzoek, namelijk nagaan of er inderdaad verschillen bestaan tussen de verschillende generaties van de allochtone bevolking. In de literatuur zien we dat deze discussie inderdaad al een aantal keer onder de loep is genomen. Er bestaan enorm veel mogelijkheden om deze begrippen te verklaren, voor elk onderzoek of voor elke instantie zijn er andere definities gangbaar die beter aansluiten bij wat zij wensen te onderzoeken of wat zij trachten af te bakenen.
Uiteindelijk zien we dat er zodanig veel definities van deze begrippen in omloop zijn, dat het niet meer eenduidig is en dat we moeten pogen een definitie te vinden die in onze ogen, wat dan inderdaad eerder subjectief wordt, het beste past bij ons onderzoek. Zelfs dan biedt deze definitie meestal nog beperkingen, waar geen rekening mee kan gehouden worden op het moment van de registraties.[14]
In deze studies wordt ook de vraag gesteld of allochtonen die zichzelf niet als allochtoon beschouwen, toch zo mogen ingecalculeerd worden in studies. Hier gaat het dan vooral over zelfidentificatie ten opzichte van heel letterlijke definities. Het terecht kritische antwoord hierop is dat het dan niet meer om een objectief meetbare variabele gaat maar om een subjectief gevoel van de bevraagde patiënt zelf.[15]

Inname van medicatie, rookgewoontes, alcoholgebruik en chronische aandoeningen hebben we bevraagd en hiermee hebben we een duidelijk beeld kunnen scheppen over onze populatie, maar de relatie van deze zaken tot bijkomende onderzoeken zijn we niet nagegaan.
Vragen als: 'Hebben meer uitgesproken rook- en drinkgewoontes een invloed op ondergaan van bijkomende onderzoeken?' en 'Als we bij de patiënten met chronische aandoeningen of chronische medicatie inname de bijkomende onderzoeken die kaderen in hun pathologie niet

zouden meerekenen, zien we dan nog steeds dezelfde uitkomst in onze studie?' bleven bijgevolg onbeantwoord.
We hebben eveneens de aanmeldingsklacht bevraagd in onze registraties.
De opstelling van het registratieformulier en vooral de antwoorden van de artsen waren hier vaak te summier en te uiteenlopend zodat hierin geen lijn te trekken was. Wanneer het aantal artsen en het aantal geregistreerde patiënten groter zouden zijn, zouden we de aanmeldingsklachten kunnen categoriseren en op die manier nagaan of er een verband bestaat tussen aanmeldingsklacht en rechtstreek of onrechtstreeks hieruit volgende bijkomende diagnostiek. Het onderzoek zou hierdoor wel op een andere basis gevoerd moeten worden, er zou dan een tweede registratieperiode moeten komen om dit na te gaan.

Uiteindelijk hebben we op een zo betrouwbaar mogelijke manier ons onderzoek uitgevoerd en leerden we dat er nog mogelijkheid is tot verdere uitdieping van het onderwerp.

Conclusie

Algemeen kunnen we stellen dat ons onderzoek heeft aangetoond dat er een duidelijk verschil is in consumptiegraad van bijkomende diagnostiek tussen autochtone en allochtone vrouwelijke patiënten van 15 tot 44 jaar voor de regio Mechelen.
Voor verdere uitbreiding van deze stelling naar Vlaanderen of zelfs België is het te vroeg. Hiervoor dient nog verder passend onderzoek gedaan te worden.
Het zou dan ook nuttig kunnen zijn onze definities opnieuw na te kijken en onze registraties hier al dan niet aan aan te passen. Zo kunnen we nog een grotere differentiatie maken binnen onze populatie.
Verder zouden we de regio waarin de registraties werden uitgevoerd nog moeten uitbreiden, zodat we een meer algemeen beeld over Vlaanderen of België krijgen.
Het feit dat er inderdaad een verschil op kleinere schaal is, maakt ons nieuwsgierig naar de bevindingen op grotere schaal en creëert een opening voor verder onderzoek.

Referenties

[1] België's immigratiebeleid brengt vernieuwing en uitdagingen

[2] E. Scheppers, E. Van Dongen ea. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family practice 2006; 23; 325-348.*

[3] E. Uiters, W. Devillé ea. Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: do patterns differ? *European journal of public health 2006, Vol16, No4, 388-393.*

[4] P. Van der Struyft, A. De Muynck, L. Schillemans, C. Timmerman. Migration, acculturation and utilization of primary health care. *Soc Sci Med 1989;29(1):53-60.*

[5] WH. Verstappen et al. Effect of a practice-based strategy on test ordering performance of primary care physicians. A randomised trial. *JAMA 2003 289: 2407-2412.*

[6] L. Lanting, A. Bootsma. Ethnic differences in Internal Medicine referrals and diagnosis in the Netherlands. *BMC Public Health* 2008, 8:287.

[7] Salter, F., *On Genetic Interests 2006, 146.*

[8] M. Van Aerschot Steunpunt. Gelijkekansenbeleid zoemt in op allochtone vrouwen. *Steunpunt gelijkekansenbeleid 2007.*

[9] P.-P. Verhaeghe. De discursieve kracht van het begrip allochtoon.*Polliargus 2010.*

[10] S. Priebe, S. Sandhu. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health 2011, 11:187*

[11] T. Fassaert, A. Hesselink. Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health 2009, 9:332*

[12] RD. Putnam. E Pluribus Unum: Diversity and Community in the Twenty-first Century. *Scandinavian Political Studies2007, 137-174*.

[13] J. Knutternus, F. Buntinx. Evaluation of diagnostic procedures. *The evidence base of clinical diagnostics. Chapter 1.*

[14] H. Bradby. Describing Ethnicity in Health Research. *Department of Sociology, University of Warwick, Coventry, UK Ethnicity & Health, 2003; 8(1): 5–13*

[15] P. Aspinall. Operationalising the collection of ethnicity data in studies of the sociology of health and illness. *Guy's, King's, and St Thomas's School of Medicine Sociology of Health & Illness Vol. 23 No. 6 2001 ISSN 0141±9889, pp. 829±862*

Bijlage 1 Brief artsen

Geachte Collega,

In het kader van het afstuderen als huisarts schrijf ik een MANAMA-thesis met als titel: "**Een exploratief onderzoek naar de verschillen in graad van consumptie van bijkomende diagnostiek bij autochtone en allochtone vrouwen tussen 15 en 44 jaar".**

De keuze van het onderwerp is vooral te wijten aan de bevinding dat in deze leeftijdscategorie duidelijke verschillen zouden bestaan in het aantal en de aard van de klachten en de frequentie van het consulteren van de huisarts (Van der Stuyft P, De Muynck A, Schillemans L, Timmerman C). Hierop verder bouwend, zal ik met dit onderzoek een antwoord trachten te vinden op de vraag of er ook verschillen zijn wat betreft bijkomende diagnostiek tussen deze groepen van patiënten.

Tijdsverloop
Februari 2012

Methode
U duidt 10 autochtone en 10 allochtone vrouwelijke patiënten aan tussen 15 en 44 jaar en vult voor elk van hen een korte vragenlijst in. (zie bijlage)

Wij denken dat u, door middel van een korte registratie, een waardevolle bijdrage zou kunnen leveren voor dit onderzoek. Indien u zich bereid voelt om hieraan deel te nemen, kan u aan de slag met bijgevoegd document, dat u zelf kan kopiëren (graag een kort seintje omtrent uw deelname) of kan u mij contacteren op het nummer 0498/242759 of op het emailadres anke.vandenbergh@hotmail.com om extra vragenlijsten te bekomen.

Met vriendelijke groeten,

Anke Van den bergh (HAIO)
Battelsesteenweg 131
2800 Mechelen

Promotoren:
Dr. Isabelle Bayon Dr. Ann Roex Dr. Carla Truyers

Praktische richtlijnen

Vragenlijst

De **vragenlijst** is opgebouwd uit 3 delen.
- In het eerste deel wordt er gepijld naar een aantal algemene gegevens van de patiënt. U kan hierbij het antwoord dat van toepassing is omcirkelen of de andere antwoorden doorstrepen.
- In het tweede deel wordt vooral gekeken naar medische voorgeschiedenis en huidige klacht. Hierbij kan u het antwoord zelf specifiëren.
- In het derde deel richten we ons op het eigenlijke onderwerp van het onderzoek, de bijkomende diagnostiek die verricht werd in de laatste 12 maanden. Enerzijds zullen onderzoeken die u zelf hebt voorgeschreven of waar u een verslag van heeft ontvangen geregistreerd worden en anderzijds zal er aan de patiënt actief gevraagd worden naar bijkomende diagnostiek die op eigen initiatief werd ondernomen. In het laatste geval kan patiënte aangeven of ze hier al dan niet op wenst te antwoorden en kan er door u een verder specificatie gebeuren.

Deze 3 categoriën samen zullen ons de mogelijkheid bieden om enkele variabelen te distilleren en om op een zo objectief mogelijke manier de registraties te kunnen beoordelen.

Criteria

De patiëntes die in aanmerking komen zullen gekozen worden op basis van enkele criteria.

Inclusie criteria:
- vrouw
- geboortejaar tussen 1968 en 1997
- duidelijkheid over afkomst (zie definitie autochtoon-allochtoon), actief te bevragen bij patiënten

Exclusie criteria:
- zwanger op dit moment
- zwanger in de afgelopen 12 maanden

Definities

Om ervoor te zorgen dat iedereen dezelfde definitie en invulling van de begrippen autochtoon en allochtoon hanteert, hebben wij voor u hieromtrent het pad reeds geëffend.
Voor ons onderzoek zullen we volgende definities gebruiken.

Allochtoon:
Een persoon die in Vlaanderen woont of deel uitmaakt van de Vlaamse Gemeenschap en van wie ten minste één grootouder buiten Vlaanderen geboren is, met uitsluiting van de andere West- en Noord-Europese staten, de VS en Canada.

Autochtoon:
Een persoon die in Vlaanderen woont of deel uitmaakt van de Vlaamse Gemeenschap en van wie de ouders en grootouders geboren zijn in Vlaanderen, andere West- of Noord-Europese staten, de VS of Canada.

De bedoeling is om tijdens een willekeurige werkdag/werkweek de eerste 10 autochtone en de eerste 10 allochtone vrouwelijke patiënten op te nemen in de registraties om tot een representatief beeld te komen.

Bij bijkomende vragen of bedenkingen kan u mij altijd contacteren op bovenvermeld adres, emailadres of telefoonnummer.

Bijlage 3 Registratie document

Identificatie arts:

Registratie

1. Algemeen
Geboortedatum patiënte:
(geboortejaar tussen 1968 en 1997)

Autochtoon / Allochtoon

Socio-economische status volgens waarneming van de arts
zeer bemiddeld / normaal / problematisch / geen idee

Rookgedrag:
- Nooit gerookt
- Vroeger gerookt
  - Jaren:
  - Aantal sigaretten per dag:
- Rookt nu
  - Jaren:
  - Aantal sigaretten per dag:

Alcoholconsumptie:
- Aantal keer alcohol per week:
- Aantal units per dag waarop alcohol wordt geconsumeerd:

2. Medische gegevens
Lijdt deze patiënt aan een chronische aandoening? JA / NEE
Indien ja, welke? En wat is de ernst hiervan? (- weinig, + matig, ++ ernstig, +++ zeer ernstig)

Actieve problematiek/diagnose/reden van consultatie:

Neemt deze patiënte op dit moment medicatie? JA / NEE
Indien ja:
- PPI
- anti-depressiva
- analgetica
- anti-conceptiva
- psychofarmaca
- anti-hypertensiva
- anti-diabetica
- cholesterolverlagende middelen
- astma of COPD medicatie
- vitamines of supplementen
- andere:

3. Bijkomende diagnostiek

Heeft deze patiënt de afgelopen 12 maanden bijkomende onderzoeken ondergaan volgens zijn medisch dossier? JA / NEE

Indien meerdere onderzoeken binnen dezelfde categorie, graag aantal vermelden achter de categorie.

- bloedonderzoek
- urine-onderzoek
- faeces onderzoek
- PAP of genitale wisser
- RX, CT-scan of MRI-scan
- endoscopie
- consult arts-specialist
- raadpleging dienst spoedgevallen
- andere:

Heeft deze patiënt in de afgelopen 12 maanden niet geregistreerde bijkomende onderzoeken ondergaan? JA / NEE / GEEN COMMENTAAR

Indien ja:

- bloedonderzoek
- urine-onderzoek
- faeces onderzoek
- PAP of genitale wisser
- RX, CT-scan of MRI-scan
- endoscopie
- consult arts-specialist
- raadpleging dienst spoedgevallen
- andere: