BELEVING EN VERWACHTINGEN VAN DE BELGISCHE GEZONDHEIDSZORG BIJ ARABISCH SPREKENDE ASIELZOEKERS

De Pauw Julie, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. De Maesschalck Stéphanie, Universiteit Gent

Co-promotor: Verstraete Ghislain, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 – 2019

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.

VOORWOORD

Deze masterproef werd geschreven in het kader van de opleiding Master in de Huisartsengeneeskunde aan de Universiteit Gent. Een zeer drukke periode waarin we voor de laatste keer een evenwicht moesten vinden tussen het werkleven en de opleiding. Naast de vele nieuwe ervaringen, het werken met patiënten en collega's, het maken van video's en casussen, enzovoort moest er ook tijd vrijgemaakt worden voor deze masterproef. Hierbij wil ik graag enkele mensen bedanken.

Allereerst mijn promotor, Prof. Dr. De Maesschalck, voor haar kennis over het onderwerp, de vrijgemaakte tijd, de nodige bijsturingen en het begeleiden in de totstandkoming van deze masterproef.

Daarnaast wil ik zowel de bewoners, als het medisch personeel van het opvangcentrum Rode Kruis Vlaanderen in Sint-Niklaas hartelijk bedanken voor hun hulp en medewerking tijdens dit project. Ik hoop dat we nog vele jaren op deze manier kunnen samenwerken.

Ook mijn praktijk wil ik bedanken. Tenslotte zijn zij het die mij hebben laten kennismaken met het opvangcentrum en die mij hierdoor de inspiratie gegeven hebben voor deze masterproef.

Als voorlaatste wil ik mijn vriend en ouders bedanken, voor hun eindeloze geduld en steun en dit niet alleen tijdens deze 2 laatste jaren, maar ook tijdens alle voorgaande jaren in de opleiding.

Mijn grootste dankbaarheid gaat uit naar mijn Peter Branst.
Bedankt voor al die jaren onvoorwaardelijke steun, motivatie en vertrouwen en voor alle wijze raad.

INHOUDSTAFEL

ABSTRACT 1

INLEIDING 2

- WERELDWIJD 2
- EUROPESE UNIE 2
- BELGIË 3
- TERMINOLOGIE 3
- BETROKKEN ORGANISATIES 5
- PROCEDURE 5
- ONDERZOEKSVRAAG 8
- LITERATUUR 9

METHODE 12

- PRAKTIJKSITUATIE 12
- LITERATUURONDERZOEK 13
- OPSTELLEN VRAGENLIJST 14
- PRAKTIJKPROJECT 14

RESULTATEN 15

- BESTUDEERDE POPULATIE 15
- GEZONDHEIDSZORG BELGIË 16
- ARTS-PATIËNT RELATIE 19
- TAAL 22

CONCLUSIE 24

- GEZONDHEIDSZORG BELGIË 24
- ARTS-PATIËNT RELATIE 25
- TAAL 27

DISCUSSIE 27

REFERENTIES 29

BIJLAGES 31

ABSTRACT

Huisarts-in-opleiding:	De Pauw Julie
Academiejaar:	2017 – 2019
Promotor:	Prof. Dr. De Maesschalck Stéphanie, Universiteit Gent
Co-promotor:	Verstraete Ghislain, Universiteit Gent
Praktijkopleider:	Dr. Hacquaert Raf

Context

Momenteel zijn er 67.749.838 mensen wereldwijd op de vlucht. Hiervan dienden er 390.955 een verzoek in tot internationale bescherming in Europa. In België betreft dit 23.443 verzoeken in 2018. De meeste asielzoekers zijn afkomstig uit regio's met politieke onrust en gewapend conflict. Ze kwamen in aanraking met oorlog, trauma en onzekerheden over vrienden en familie. Ondanks hun vaak grote veerkracht kunnen de gevolgen van dit geweld groot zijn voor hun gezondheid. Velen van hen zullen fysieke of psychische problemen ervaren. Daarom is het als hulpverlener uiterst belangrijk dat we deze mensen adequate zorg kunnen bieden, aangepast aan hun specifieke zorgen en noden. Vanuit de ervaring van onze praktijk als centrumarts in het opvangcentrum voor asielzoekers van het Rode Kruis-Vlaanderen in Sint-Niklaas kwam de interesse in het onderwerp.

Onderzoeksvraag

Het is zowel uit de persoonlijke invalshoek van de praktijk, als uit deze van de actuele vluchtelingenproblematiek, dat wij gebeten waren om door middel van een vragenlijst te onderzoeken wat voor de asielzoekers de pijnpunten zijn in onze lokale organisatie en in ons Belgisch systeem. We willen komen tot een algemeen beeld van hoe de asielzoekers onze gezondheidszorg ervaren. Op deze manier kunnen we werkpunten identificeren, onze sterke punten in de verf zetten en kunnen we komen tot een optimale gezondheidsbeleving voor de asielzoeker. We willen onze patiënten tevredenheid zo hoog mogelijk maken om de compliance te verhogen en zo uiteindelijk tot betere gezondheidsuitkomsten te komen.

Methode

Er werd een literatuuronderzoek uitgevoerd via PubMed. De grote thema's die naar voor komen in de literatuur zijn de organisatie van de gezondheidszorg, de arts-patiënt relatie en de taal. Op basis van de literatuur en de eigen ervaringen als centrumarts werd een vragenlijst opgesteld en vertaald naar het Arabisch. Dezelfde centrale thema's als deze gevonden in de literatuur werden bevraagd. Er werden 32 bewoners bevraagd. Inclusiecriteria: ≥18 jaar, Arabisch sprekend, verblijvend in het opvangcentrum te Sint-Niklaas. Exclusiecriteria: niet-Arabische sprekende mensen, <18 jaar.

Resultaten

De bewoners zijn in het algemeen tevreden over de arts-patiënt relatie. 75% is tevreden over de houding van de arts. In 75% zijn de verwachtingen van de bewoners en het beleid van de arts gelijklopend. 18,8% sprak van een te trage verwijzing naar de tweedelijn. 60% spreekt van een goed medicatiebeleid. Continuïteit is belangrijk voor 50% van de bewoners. Op gebied van het gezondheidszorgsysteem geeft slechts 50% van de bewoners aan dit voldoende te begrijpen. De rol en werking van de huisarts zijn onvoldoende gekend. 84,4% is tevreden met raadpleging op afspraak. Wachttijden zijn voor 56,3% te lang. 32,2% vindt 1 doktersmoment per week ontoereikend. 81,3% is tevreden met de huidige manier van communiceren, doch geeft slechts 53,1% aan tevreden te zijn met het gebruik van google translate en 59,4% met een telefoontolk. 75% van de bewoners heeft de voorkeur voor een officiële tolk.

Conclusie

We zien dat er voornamelijk zal moeten ingezet worden op 2 gebieden. Enerzijds is taal iets waar we absoluut op moeten focussen. Een goed gebruik van officiële tolkendiensten, rekening houdend met de persoonlijke voorkeur van de bewoners, is essentieel. Anderzijds moet er meer ingezet worden op educatie van de bewoners. Er is noodzaak aan concrete uitleg rond de organisatie van de zorg, het gebruik van tolken, de wachttijden, de echelonnering, het gebruik en gevaar van medicatie, de opbouw van het consult en het beroepsgeheim. Deze educatie kan zowel op basis van mondeling, als schriftelijke bronnen. Daarnaast zal ook de nood voor een extra doktersmoment bekeken moeten worden.

INLEIDING

Wereldwijd

67.749.838

Dat is het aantal mensen dat in 2018 wereldwijd op de vlucht is. Onder deze bijna 68 miljoen mensen bevinden zich asielzoekers, vluchtelingen, ontheemden, staatlozen en terugkeerders. (1) Ze maakten de moeilijke beslissing om hun eigen huis achter te laten in de hoop elders een beter leven te kunnen opbouwen. Ze zijn vaak afkomstig uit regio's met politieke onrust en gewapend conflict en slaan op de vlucht voor geweld, oorlog en vervolging. Hiernaast slaan mensen ook op de vlucht omwille van sociale, economische of ecologische redenen. Van deze 68 miljoen mensen is 40 miljoen ontheemd en verliet 20 miljoen hun eigen land.(2) Van deze 20 miljoen landverlaters verblijft 85% in landen in de regio. Ze worden dus meestal opgevangen in ontwikkelingslanden. 52% van deze vluchtelingen is jonger dan 18 jaar.

Deze mensen zijn heel kwetsbaar en worden beschermd door de VN vluchtelingenorganisatie UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). Zij zijn wereldwijd de belangrijkste organisatie die zich bezighoudt met het welzijn van de vluchtelingen en het waarborgen van hun rechten. (3)

Europese Unie (EU28)

In 2018 dienden 390.955 mensen een asielaanvraag in binnen de Europese Unie. (4) We zien dat Duitsland, Italië, Frankrijk en Griekenland het grootste aantal aanvragen krijgen. De voornaamste landen van herkomst zijn Syrië (15.7%), Irak (7.3%) en Afghanistan (6.7%). Wanneer we per land van opvang kijken, zien we wel een grote diversiteit in de voornaamste landen van herkomst. In 2017 werden 45% van de asielaanvragen goedgekeurd. Wanneer we focussen op de landen met het grootste aantal aanvragen zien we dat Duitsland in 49.9% van de gevallen de aanvraag goedkeurt, Italië in 40.6%, Frankrijk in 29.4% en Griekenland in 42.7%. Wanneer we de belangrijkste landen van herkomst bekijken zien we dat 94,3% van de Syriërs asiel toegekend krijgt, 56,4% van de Irakezen en 46.3% van de Afghanen. (5)

Binnen de Europese Unie is er beslist om zich te engageren om kwetsbare vluchtelingen op te vangen. Dit noemen we de hervestigingsprocedure. Concreet wil dit zeggen dat vluchtelingen worden overgebracht vanuit een land waar zij bescherming hebben gezocht naar een derde land. Dit om een oplossing te bieden aan de mensen die niet terug kunnen naar hun eigen land, maar ook onvoldoende bescherming genieten of geen duurzame oplossingen vinden in het eerste land van opvang. Dit is dus een legale manier voor deze mensen om in veiligheid te geraken zonder een gevaarlijke reis te moeten ondernemen. (6)

Naast hervestiging, bestaat er ook nog herplaatsing of relocatie. Dit is een procedure die het toelaat om de verantwoordelijkheid over een aantal vluchtelingen over te dragen van de ene

naar de andere EU-lidstaat. Deze procedure werd in het leven geroepen om de druk te verlagen op landen met een verhoogde asielinstroom, nl. Italië en Griekenland.

Binnen de EU is ook het Dublin-onderzoek van groot belang. Dit wordt in België door de Dienst Vreemdelingenzaken behandeld. De Dienst Vreemdelingenzaken moet uitzoeken welk land verantwoordelijk is voor de aanvraag tot internationale bescherming. De verantwoordelijke lidstaat kan men vinden op basis van de Dublin-criteria. Wanneer men op basis van deze criteria geen verantwoordelijke lidstaat kan aanduiden, is de lidstaat waar het verzoek om internationale bescherming het eerst werd ingediend verantwoordelijk. (7)

België

In 2018 dienden in België 23.443 mensen een verzoek in tot internationale bescherming bij de Belgische overheid. (8) De landen van herkomst waaruit we de meeste aanvragen tot internationale bescherming ontvingen waren Syrië, Palestina, Afghanistan en Irak. Respectievelijk waren dit 3.702, 2.468, 2.030 en 1.758 aanvragen. Samen zijn zij goed voor 42.5% van de aanvragen in België. (8) Van deze aanvragen werden er in 2018 49.1% goedgekeurd en werd beslist de beschermingsstatus toe te kennen.

In België waren op 1/1/2019 21.343 plaatsen beschikbaar voor asielzoekers. De bezettingsgraad bedroeg 87%. Deze plaatsen bestaan onder meer uit collectieve opvangplaatsen (Fedasil, Rode Kruis, …), individuele opvangplaatsen (OCMW (LOI(=Lokaal Opvang Initiatief))) en open terugkeerplaatsen (Fedasil). De gezinssamenstelling van de bewoners zag er als volgt uit: 52% families, 36% alleenstaande mannen, 6% alleenstaande vrouwen en 6% niet-begeleide minderjarigen. (9) Er werden in 2018 880 personen hervestigd in België. De landen van eerste opvang waren afhankelijk van hun nationaliteit. Bij Syriërs zagen we dat zij voornamelijk afkomstig waren uit Turkije, Libanon en Jordanië. Bij Irakezen zagen we voornamelijk dat zij eerst opgevangen werden in Libanon. (10)

Terminologie

Vluchteling, asielzoeker, ontheemde,… Het zijn al eens begrippen die door elkaar heen gebruikt worden maar waar schuilt nu het verschil?

Een asielzoeker is een persoon die een asielaanvraag heeft gedaan en in afwachting is van een beslissing op zijn asielverzoek. Hij is met andere woorden een kandidaat-vluchteling. De asielzoeker krijgt een tijdelijke verblijfsvergunning tot er een beslissing is over de aanvraag(11). Zolang de aanvraag wordt behandeld, heeft de asielzoeker recht op opvang en materiële bijstand zoals kleding, voeding en huisvesting. Ook kan hij rekenen op sociale, medische, juridische en psychologische begeleiding.

Een asielzoeker wordt een vluchteling wanneer hij voldoet aan de definitie zoals beschreven in de Conventie van Genève. De definitie luidt als volgt: “Een persoon die uit gegronde vrees voor vervolging wegens zijn ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of zijn politieke overtuiging, zich bevindt buiten het land waarvan hij de nationaliteit bezit, en die de bescherming van dat land niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil inroepen, of die, indien hij geen nationaliteit bezit en verblijft buiten het land waar hij vroeger zijn gewone verblijfplaats had, daarheen niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil terugkeren.” (15)

Een vluchteling is iemand die gedwongen zijn land heeft moeten verlaten omwille van een bedreiging. Dit kan om verschillende redenen gaan: omwille van oorlog, hongersnood, ras, religieuze overtuiging, nationaliteit, politieke of seksuele voorkeur. In zijn land kan de vluchteling geen bescherming krijgen tegen deze achtervolging. (11)

Een politieke vluchteling is een persoon die gevlucht is omdat hij vervolgd werd omwille van zijn religieuze of politieke overtuiging of omdat hij tot een sociale groep behoort die bedreigd wordt.

Economische vluchtelingen zijn mensen die illegaal naar een ander land migreren en op zoek zijn naar een beter bestaan. Vaak kan het ook gaan om meerdere problemen. Politieke situaties kunnen economische problemen veroorzaken waardoor mensen gedwongen worden om hun land te verlaten. Aan economische vluchtelingen hoeft een land geen asiel te verlenen.

We spreken over intern ontheemden wanneer een persoon gedwongen is zijn woonplaats te verlaten, maar wel nog binnen de eigen landgrenzen blijft.

Een staatloze wordt, volgens het Verdrag betreffende de status van staatlozen, gedefinieerd als 'een persoon die door geen enkele staat, krachtens diens wetgeving, als onderdaan wordt beschouwd'. (12) Wanneer men in België erkend wordt als staatloze, is de overheid verplicht om een verblijfsrecht te geven aan erkende staatlozen die niet gerepatrieerd kunnen worden, omdat ze geen wettige en duurzame verblijfstitel kunnen krijgen in een andere staat waarmee ze banden hebben.

Een migrant is iemand die uit eigen beweging zijn of haar land verlaat. Dit kan omwille van bijvoorbeeld familiale of economische redenen zijn. Hij of zij kan steeds veilig terugkeren naar het thuisland.

Een trans- of transitmigrant is een migrant die op doorreis naar zijn land van bestemming tijdelijk in een ander land verblijft. (2,5,13,14)

Betrokken organisaties België

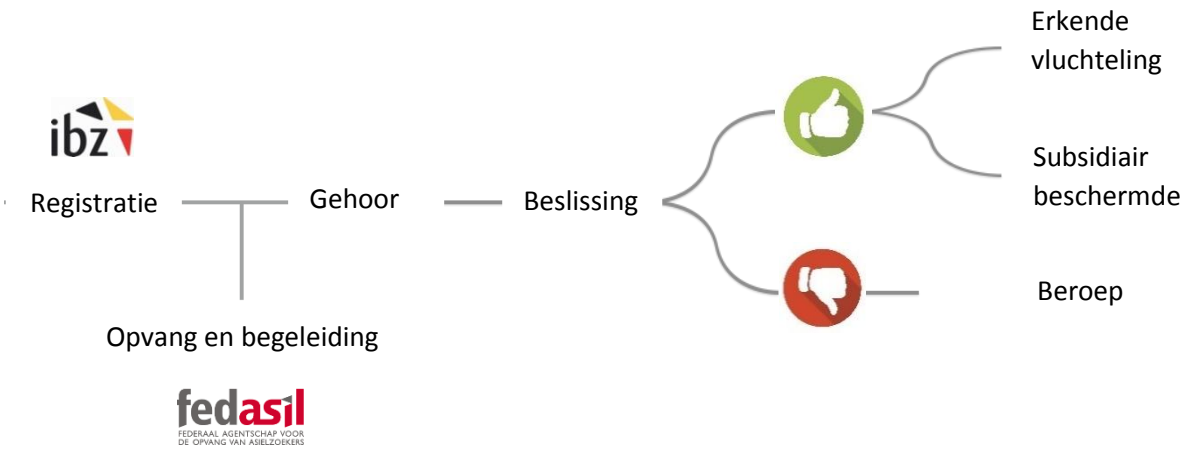
A. Fedasil

Fedasil is een federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers. Het is een overheidsinstantie die verantwoordelijk is voor de materiële hulpverlening. Zij organiseren opvang en begeleiding voor de asielzoekers. Na het indienen van het verzoek bij DVZ, moet de asielzoeker zich bij Fedasil melden. Zij wijzen de asielzoeker een opvangplaats toe. Er bestaan collectieve en individuele opvangstructuren. De collectieve worden door Fedasil, het Rode Kruis of andere partners beheerd. De Individuele opvanginitiatieven gaan uit van de OCMW's (LOI's) of ngo's. Deze centra zijn open centra, dit houdt in dat de bewoners zich vrij mogen bewegen. De bewoners staan zelf in voor de huishoudelijke taken zoals koken, wassen, onderhoud,… Naast huisvesting en voedsel, voorziet een centrum ook maatschappelijke, medische, juridische en psychologische begeleiding. (15,16)

B. Rode Kruis Vlaanderen

In 1989 heeft het Rode Kruis de opdracht gekregen van de federale staat om een deel van de asielzoekers op te vangen. Sindsdien zorgen zij dus voor een heel deel van de asielzoekers. Alle kosten worden hiervan worden gedragen door de overheid. Jaarlijks wordt er aan ongeveer 5500 asielzoekers onderdak geboden. Deze open opvangcentra bieden naast een onderdak en voeding ook ondersteuning en begeleiding op administratief, praktisch, psychosociaal en medisch gebied. De asielzoekers worden gestimuleerd om actief aan hun toekomst te werken. Er worden onder meer taallessen, ontspannings- en sportactiviteiten georganiseerd. Er wordt gepoogd een zo goed mogelijke integratie te verwezenlijken.(17)

Procedure



Afbeelding 1: De registratie van de asielzoeker (18)

Elke vreemdeling kan bij aankomst in België een verzoek indienen tot internationale bescherming bij de Belgische overheid. Concreet wordt deze aanvraag meestal ingediend bij de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ), dit kan echter ook gebeuren aan de grens, binnen een gesloten centrum of in een strafinrichting. DVZ kijkt eerst of België verantwoordelijk is voor

de behandeling van het verzoek, dit is het Dublin onderzoek. Zo België verantwoordelijk blijkt, wordt het dossier doorgegeven aan het Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS). Zij behandelen het verzoek verder. De verzoeker doorloopt dan de asielprocedure, officieel heet dit 'de procedure betreffende het verzoek om internationale bescherming'. Zolang het onderzoek van deze aanvraag loopt, worden mensen opgevangen en krijgen zij een voorlopige verblijfsvergunning. Voor deze opvang en begeleiding is Fedasil verantwoordelijk.

Het Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen roept de verzoeker op voor het gehoor. Tijdens dit gehoor krijgt de asielzoeker de kans om zijn verhaal te vertellen en de motieven voor zijn verzoek kenbaar te maken. Vervolgens onderzoek het CGVS of het verhaal van de verzoeker geloofwaardig is en overeenstemt met de werkelijkheid. Nadien bekijkt men of de asielzoeker in aanmerking komt voor de vluchtelingenstatus of de subsidiaire beschermingsstatus. Dit wordt allemaal onderzocht door de protection officer. Hij is universitair geschoold en gespecialiseerd in asielrecht, ook heeft hij een grondige kennis van het herkomstland van de asielzoeker. Het is de commissaris-generaal die de uiteindelijke beslissing neemt.

Er zijn 2 mogelijke beslissingen:

A. De positieve beslissing

Er zijn 2 mogelijkheden voor de asielzoeker die recht geven op asiel en verblijf in België. Ofwel wordt de asielzoeker erkend als een vluchteling en krijgt hij de vluchtelingenstatus zoals bepaald in de conventie van Génève. Ofwel wordt hem de subsidiaire beschermingsstatus toegekend. Deze status kan toegekend worden wanneer een asielzoeker niet voldoet aan de voorwaarden van de conventie om de vluchtelingenstatus te krijgen, maar waarbij terugkeer naar zijn land van herkomst een ernstig en reëel gevaar inhoudt. Dit kan bijvoorbeeld risico zijn op foltering, onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing.

In 2018 waren 39,8% van de beslissingen beslissingen tot erkenning van de vluchtelingenstatus. De subsidiaire beschermingsstatus werd toegekend bij 9,3% van de beslissingen. (9)

De vluchteling heeft na zijn erkenning initieel recht op een beperkt verblijf in België. Hij is onderworpen aan het Belgische recht en moet dezelfde wetten respecteren als Belgen. Hij kan niet terugkeren naar zijn land van herkomst.

De subsidiair beschermde krijgt een verblijfsvergunning voor 1 jaar. Nadien kan deze telkens voor 2 jaar verder vernieuwd worden door de gemeente. Na 5 jaar krijgt de subsidiair beschermde een verblijfsvergunning van onbeperkte duur. Een aantal wetten uit het land van herkomst blijven gelden, zoals deze over meerderjarigheid en de

geldigheid van een huwelijk. Hij kan werken in België door een arbeids- of beroepskaart aan te vragen.

B. De negatieve beslissing

Er zijn verschillende negatieve beslissingen mogelijk. Er kan geweigerd worden de asielaanvraag in overweging te nemen. Dit kan onder meer het geval zijn bij een aanvraag door een EU-burger, bij een aanvraag van iemand afkomstig uit een veilig land van herkomst, bij meervoudige asielaanvragen zonder nieuwe elementen of bij een erkende vluchteling in een andere EU-lidstaat.

Een andere mogelijkheid is dat een negatieve beslissing volgt nadat de aanvraag in overweging genomen is. Dit kan onder meer het geval zijn bij ongeloofwaardige verklaringen of ongegronde motieven, bij een intern vluchtalternatief in het land van herkomst, bij een reële beschermingsmogelijkheid in een eerste land van asiel, bij de afwezigheid van willekeurig geweld bij een internationaal of binnenlands gewapend conflict. Wanneer de asielzoeker een gevaar vormt voor de samenleving door eerdere veroordelingen omwille van een ernstig misdrijf of wanneer er gegronde redenen zijn om iemand te beschouwen als een gevaar voor de nationale veiligheid, kan de commissaris-generaal de status van vluchteling ook weigeren.

Beslissingen van de commissaris-generaal kunnen onder bepaalde omstandigheden ingetrokken of opgeheven worden. Er kan ook beslist worden om een vreemdeling uit te sluiten van de beschermingsstatus of de subsidiair beschermde status.

Er zijn richttermijnen voor het CGVS, maar deze zijn niet bindend. Men probeert steeds een beslissing te nemen binnen de 2 maand. In de realiteit zien we dat dit vaak niet mogelijk is.

Wanneer de commissaris-generaal beslist om geen vluchtelingen- of subsidiair beschermde status toe te kennen moet hij zijn redenen uitgebreid motiveren. Zowel de asielzoeker, als de advocaat krijgen dan toegang tot het dossier en tot de bronnen die geleid hebben tot de negatieve beslissing.

Een afgewezen asielzoeker kan in beroep gaan tegen een negatieve beslissing van het commissariaat-generaal. Hiervoor moet de asielzoeker zich richten tot de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (RvV). Dit beroep moet binnen de 30 kalenderdagen na de beslissing ingediend worden. Er moet dan een verzoekschrift ingediend worden waarin alle argumenten aangehaald worden tegen de beslissing van het commissariaat-generaal. De procedure verloopt schriftelijk, wel wordt er een zitting voorzien waarop de asielzoeker of zijn advocaat hun belangen kunnen verdedigen. Ook het CGVS is dan uitgenodigd om de beslissing te verdedigen. Dit beroep is schorsend, dit houdt in dat de asielzoeker op dat moment recht blijft hebben op verblijf in België.

De RvV kan beslissen om de beslissing van het CGVS te bevestigen, hervormen of vernietigen.

Wanneer de asielzoeker niet akkoord gaat met de beslissing van de Raad voor Vreemdelingenbetwisting kan hij een cassatieberoep indienen bij de Raad van State (RvS). Dit beroep moet binnen de 30 kalenderdagen na de beslissing van de RvV ingediend worden. Het is niet-schorsend, hierdoor kan de DVZ een beslissing tot verwijdering of repatriëring uitvoeren.

Er is een filterprocedure voorzien die binnen de 8 dagen kijkt of het beroep in aanmerking komt voor verdere behandeling. Wanneer dit niet toelaatbaar wordt bevonden, is de procedure definitief afgesloten. Wanneer het beroep de filterprocedure doorstaat, onderzoekt de RvS of de RvV de correcte procedures gevolgd heeft, er wordt niet inhoudelijk naar de asielaanvraag gekeken. Het is een schriftelijke procedure. De RvS baseert zich op de stukken in het rechtplegingsdossier. Wel worden de partijen op een zitting uitgenodigd. De richttermijn voor een uitspraak is 6 maand. Wanneer een beslissing vernietigd wordt, wordt het dossier teruggestuurd naar de RvV. Wanneer het beroep wordt verworpen, is de asielprocedure definitief afgesloten. (15)

In de praktijk zien we dat deze procedure soms zelfs tot enkele jaren kan duren. De dikwijls lange wachttijd voor deze belangrijke beslissing leidt vaak tot veel vragen en twijfels. Ondanks een grote veerkracht zien we dat deze vragen en twijfels en de lange wachttijd een belangrijke impact hebben op de gezondheid en algemene toestand van de asielzoekers.

ONDERZOEKSVRAAG

De meeste asielzoekers zijn afkomstig uit regio's met politieke onrust en gewapend conflict. Ze kwamen in aanraking met oorlog, trauma en onzekerheden over vrienden en familie. Ondanks hun vaak grote veerkracht kunnen de gevolgen van dit geweld groot zijn voor hun gezondheid. Velen van hen zullen fysieke of psychische problemen ervaren. Daarom is het als hulpverlener uiterst belangrijk dat we deze mensen adequate zorg kunnen bieden, aangepast aan hun specifieke zorgen en noden.

Vanuit de ervaring van onze praktijk als centrumarts in het opvangcentrum voor asielzoekers van het Rode Kruis-Vlaanderen in Sint-Niklaas kwam de eerste interesse in het onderwerp. We proberen als centrumarts steeds een correct beeld mee te geven van onze gezondheidszorg en om steeds de best mogelijke zorgen te bieden. Desondanks bemerken we soms toch een zekere ontevredenheid bij onze bewoners. Dit betreft dan voornamelijk ontevredenheid over de organisatie van ons gezondheidszorgsysteem of over de manier waarop wij consultatie voeren. Zij laten dit meestal rechtsreeks aan de artsen en het medische personeel weten, soms komt de info via hun persoonlijke begeleiders.

Het is zowel uit deze persoonlijke invalshoek, als uit deze van de prangende actualiteit van de vluchtelingenproblematiek, dat wij gebeten waren om dit verder te onderzoeken. Het opzet is om dit onderzoek te voeren door middel van een vragenlijst. De hoofdzaak die we te weten willen komen uit zo'n onderzoek is wat voor de asielzoekers de pijnpunten in onze lokale organisatie en in ons Belgisch systeem zijn? Uiteraard willen wij naast de mindere punten ook weten waar we wel goed op scoren. We hopen door te onderzoeken hoe de asielzoekers onze gezondheidszorg beleven en wat hun verwachtingen zijn, tot enkele antwoorden te komen. Deze antwoorden stellen ons, als centrumarts, dan hopelijk in staat om zo goed mogelijk aan deze verwachtingen te voldoen en hun ervaring met de Belgische gezondheidszorg zo positief mogelijk te maken. We willen onze patiënten tevredenheid zo hoog mogelijk maken om de compliance te verhogen en zo uiteindelijk tot betere gezondheidsuitkomsten te komen.

Concreet willen we dus door middel van de verkregen antwoorden uit de vragenlijst komen tot een algemeen beeld van hoe de asielzoekers onze gezondheidszorg ervaren. Op deze manier kunnen we eventuele werkpunten identificeren, onze sterke punten in de verf zetten en kunnen we komen tot een optimale gezondheidsbeleving voor de asielzoeker.

Literatuur

In de gevonden literatuur is er sprake van een aantal wederkerende centrale thema's. De 3 grote pijlers die naar voor komen zijn de taal, de relatie tussen arts en patiënt en de bereikbaarheid en organisatie van de zorg. De gevonden artikels waren voornamelijk gebaseerd op het Verenigd Koninkrijk en Australië, een aantal van de problemen waar zij op stoten, zijn niet van toepassing in België.

Gezondheidszorg

Asielzoekers kennen vanuit hun herkomstland een bepaalde gezondheidszorgstructuur. Hierdoor hebben zij bepaalde verwachtingen over de zorg. Vaak bemerken we ontevredenheid door de discordantie tussen hun vooraf bestaande verwachtingen en de eigenlijk geboden zorg. (21,23,26)

De asielzoeker bezit vaak onvoldoende kennis met betrekking tot de zorgsystemen. Zij zijn niet gekend met de rol van de huisarts, hoe en waar ze afspraken moeten maken, hoe de plaats van afspraak te bereiken, de organisatie van wachtdiensten, enzovoort. We vinden in de literatuur dat mensen die beter omringd zijn, door vrienden, familie of ondersteunende organisaties, makkelijker hun weg vinden in het zorgsysteem. De aanwezigheid van een medische begeleider verlaagt de drempel naar de eerstelijnszorg aanzienlijk. (21,24,26)

De lange wachttijden bij specialisten en op spoeddiensten leiden tot frustraties. Soms vind men ook dat de tijd tussen het aanvragen van een afspraak en de eigenlijke afspraak in de eerstelijnszorg te lang is. (21,23,24,25) Dit vooral bij zelflimiterende symptomen die niet

meer aanwezig zijn op het moment van de eigenlijke afspraak, alsook wanneer het kinderen betreft. Dit kan soms verklaart worden door een andere perceptie van de ernst van symptomen. Wachttijden op de locatie zelf kunnen ook tot ergernissen leiden. Er werd gezien dat het geven van mogelijke verklaringen hiervoor, zoals bijvoorbeeld complexe problematieken, meerdere patiënten op dezelfde afspraak, nood aan een tolk, enzovoort, de bezorgdheid hierrond niet kon wegnemen. (25)

Vaak vinden de asielzoekers het ook lastig dat het zorglandschap op die manier georganiseerd is dat de eerstelijnszorg verwijst naar de tweede- en derdelijnszorg. (23) Wel is men in het algemeen tevreden over de voorgeschreven medicatie, met bij sommigen als uitzondering antibiotica. Voornamelijk wanneer deze in het herkomstland vrij te verkrijgen waren.(23) Sommigen ervaren medicatie wel als een vervanging voor degelijke en professionele verzorging. Een minpunt in het Verenigd Koninkrijk en in Australië vindt men de prijs van OTC-medicatie.(21,23,25) Een ander pijnpunt is de toegankelijkheid tot psychische zorg. Men weet vaak niet wat de mogelijkheden zijn en heeft het gevoel dat men dit niet kan bespreken met de huisarts. (23)

Conclusies die hieruit getrokken kunnen worden, zijn dat een goede voorlichting over en het wegwijs maken binnen onze gezondheidszorgsystemen van groot belang zijn. Wanneer mensen in contact gebracht worden met de juiste zorginstanties en voldoende kennis aangebracht krijgen rond het zorgsysteem, zien we dat dit veel vlotter loopt. Een suggestie die een Nederlands onderzoek voorstelt, is om binnen de gemeenschappen sleutelfiguren op te leiden tot gezondheidsvoorlichters. (26) Op die manier kan de drempel tot de zorg verder verlaagd worden.

Arts-patiëntrelatie

Een goede arts-patiëntrelatie is essentieel voor een zorgbeleving waarin zowel arts als patiënt zich kunnen vinden. Uit onderzoeken uit Australië en het Verenigd Koninkrijk halen we dat de asielzoekers veel meer waarde hechten aan een arts die goed naar hen luistert en hen begrijpt. (21,24,25) Veel asielzoekers geven aan dat ze bezorgd zijn dat de arts niet geïnteresseerd is hun voorgeschiedenis en hun problemen. Hun voorkeur gaat uit naar artsen die hen op een vriendelijke, open, eerlijke en respectvolle manier behandelen. Ze voelen zich meer begrepen wanneer een arts hen als een volwaardig persoon bekijkt en aandacht besteedt aan hun cultuur. Sommigen zijn bereid om een langere afstand af te leggen om naar de huisarts van hun keuze te kunnen gaan. Naast een goede anamnese hechten zij ook veel belang aan een goed klinisch onderzoek en een degelijke en begrijpbare uitleg nadien. Een huisarts die luistert en advies geeft, krijgt de voorkeur boven een huisarts die louter medicatie voorschrijft. (24)

We zien dat continuïteit een heel belangrijk punt is. In onderzoeken uit het Verenigd Koninkrijk en Australië wordt duidelijk aangegeven dat mensen er de voorkeur aan geven telkens dezelfde arts te kunnen bezoeken. Enkel op deze manier hebben zij de indruk een degelijke vertrouwensband te kunnen opbouwen. (21,23,24)

Uit onderzoek in België blijkt dat het heel belangrijk is dat hulpverleners verder kunnen kijken dan de stereotypering om zo te kunnen voldoen aan de noden en verwachtingen van een individu. De asielzoekers zijn geen homogene groep en er is dus nood aan een gepersonaliseerde en patiëntgerichte aanpak. (22) Asielzoekers hebben soms schrik om als een last gezien te worden en raadplegen daardoor minder de arts. Uit onderzoek in het Verenigd Koninkrijk blijkt dat sommige asielzoekers geconfronteerd werden met racisme en discriminatie, ook dit is uiteraard niet bevorderlijk voor de arts-patiëntrelatie. (23)

Vanuit de artsengroep komt ook de vraag naar een betere ondersteuning om tegemoet te kunnen komen aan de noden van de asielzoekers. Een betere educatie met regelmatige bijscholingen en updates zou zeer welkom zijn. De omgang met specifieke gezondheidsklachten kan zo ook meer ondersteund worden. (24,26)

Het is duidelijk dat een persoonsgerichte aanpak met aandacht voor de psychosocioculturele verschillen van de asielzoekers en een goede interdisciplinaire samenwerking tot een betere beleving van de zorg leiden. (22,24,26)

Taal

Een probleem dat vaak terugkomt in de literatuur over barrières in de zorg, is het probleem van de taalbarrière. Men ziet taal vaak als essentieel voor de toegang tot de zorg. Het is zowel de gesproken als de geschreven taal die vaak van groot belang is om mee te kunnen draaien in het gezondheidszorgsysteem. Ook het invullen van papieren vormt een probleem.(21) Praktische ondersteuning en begeleiding zou hen hierin zeker kunnen helpen. Een goede communicatie is essentieel voor de consultatie. Uit onderzoek in Australië kwam dat zowel asielzoekers als artsen vaak niet weten hoe ze een tolk kunnen aanvragen en is er ook dikwijls onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor het voorzien van een tolk. (21) In de eerstelijnszorg is de beschikbaarheid van een tolk meestal goed georganiseerd, vaak situeren de problemen zich meer bij bijvoorbeeld de apotheek of de specialist. Ook bij een opname in het ziekenhuis zien we dat de organisatie niet even vlot loopt. Uit onderzoek in het Verenigd Koninkrijk zien we dat het op poten zetten van een goed tolkensysteem in de tweedelijnszorg zeker een meerwaarde zou bieden. (23) De taalproblematiek kan een goed begrip van de noden van de patiënt voorkomen, hierdoor worden minder symptomen gerapporteerd. In het Verenigd Koninkrijk rapporteren sommige asielzoekers dat de arts soms een consultatie met tolk weigerde waardoor een nieuwe afspraak nodig was. Soms ligt het probleem ook bij de tolk, die te laat of niet op de afspraak opdaagt. (24) Uit een Nederlands onderzoek blijkt dat artsen het vinden van een professionele tolk vaak omslachtig vinden en men daardoor liever of sneller gebruik zal maken van een informele tolk. Hierdoor bestaat weer het risico dat essentiële informatie gemist wordt of de hulpvraag niet goed verwoord wordt. Ook kan gevoelige informatie die men liever niet deelt, hierdoor achtergehouden worden. (26) Familie en vrienden worden vaak ingeschakeld als informele tolken. Soms wordt er zelf gebruik gemaakt van kinderen, voor sommigen vormt dit geen probleem, anders vinden dit eerder ongepast. (21,24) In onderzoeken uit het Verenigd

koninkrijk en Nederland besluit men dat de voorkeur gaat naar officiële tolken(23,26), in een ander onderzoek uit het Verenigd Koninkrijk zien we dat ook zij stellen dat een officiële tolk de gouden standaard zou moeten zijn, echter merkt men op dat sommige asielzoekers toch eerder de voorkeur hebben voor familie of vrienden die tolken. (24) Velen maken gebruik van een online vertaalprogramma zoals bijvoorbeeld google translate.(24,26) Het probleem is dat men bij deze programma's geen controle heeft over de contextuele correctheid van de vertalingen. Deze vertaalprogramma's werken meestal goed bij hoogopgeleiden, bij laaggeletterdheid of beperkte gezondheidsvaardigheden wordt vertaalde info niet altijd begrepen. Overleg met de patiënt over zijn voorkeur is steeds belangrijk.(24,26)

We zien zowel in artikels uit Australië als uit het Verenigd Koninkrijk terugkeren dat men bezorgd is over de kwaliteit van een professionele tolk. Men vreest dat de informatie niet volledig of niet correct vertaald wordt naar de arts. Hierdoor hebben ze schrik om verkeerd gediagnosticeerd te worden en dus ook de verkeerde behandeling te zullen ontvangen. Men twijfelt soms ook aan de accuraatheid van de tolk in het vertalen van medische termen. Een andere grote angst die de mensen hebben is dat hun probleem zullen doorverteld worden en dat hiermee het beroepsgeheim geschonden zou worden. (21,23,24)

Een moeilijk evenwicht wordt gezien in de rol van de vertaler, langs de ene kant heb je het vertalen an sich, langs de andere kant wordt de tolk soms in een andere rol geduwd en moet hij als het ware een advocatenrol opnemen om zo de rechten en noden van de patiënt te verdedigen. (23) In een onderzoek in het Verenigd Koninkrijk geven asielzoekers ook aan dat zij minder vertrouwensproblemen zouden hebben wanneer zij telkens van dezelfde tolk gebruik konden maken. Continuïteit is een belangrijke pijler, die volgens hen tot een betere zorgbeleving kan leiden. (24)

De meeste asielzoekers geven aan dat een tolk van hetzelfde geslacht het gesprek zou faciliteren, echter vormt voor veel vrouwen een verschil in geslacht geen probleem.(21,24) Sommigen gaven ook aan nood te hebben aan vertaalde infobronnen met betrekking tot gezondheid. Anderen stelden dan weer dat ze de beschikbare schriftelijke bronnen nooit raadpleegden. (21,23) Wat uit alle artikels blijkt is dat betere communicatie leidt tot betere zorgbeleving van de asielzoeker.

METHODE

Praktijksituatie

Dit kwalitatief onderzoek vond plaats in een stedelijke groepspraktijk met 3 huisartsen en 1 HAIO. De praktijk is verantwoordelijk voor de medische zorgen in het plaatselijke opvangcentrum van het Rode Kruis-Vlaanderen. Deze verantwoordelijkheid houdt in dat er wekelijks een namiddag uitgetrokken wordt voor consultaties in het opvangcentrum zelf. Tijdens die namiddag zijn alle consultaties op afspraak. Ook kunnen er nog afspraken

gemaakt worden in de groepspraktijk zelf. De praktijk is centrumarts sinds de opstart van het centrum in 2001. Momenteel is er plaats voor 150 mensen in het centrum.

Bij aankomst in het centrum krijgen de mensen de uitnodiging om binnen de week langs te komen voor een kennismaking met de medische begeleiders en de medische ruimte. Er word dan een medische intake gedaan waarbij reeds zoveel mogelijk informatie over de patiënt wordt verzameld. Vaak hebben mensen een deel van hun medisch dossier bij, dit wordt allemaal ingescand. Het origineel blijft steeds bij de bewoner. Op dat moment wordt nagekeken of de TBC screening reeds heeft plaatsgevonden. Ook bekijkt het medisch personeel de vaccinatiestatus en maakt men hieromtrent de verdere afspraken. Er wordt ook benadrukt dat alles wat tijdens de medische momenten besproken wordt, met de medisch begeleider of de centrumarts, onder het beroepsgeheim valt.

De organisatie van de zorg wordt aan de asielzoekers uitgelegd. Bij kleine kwalen zoals bijvoorbeeld hoofd- en keelpijn is er in de receptie een kleine voorraad medicatie beschikbaar waarmee de klachten meestal verholpen kunnen worden. Bij ziekte wordt afgesproken dat de asielzoeker zich meldt op 1 van de 3 medische momenten die wekelijks gehouden worden. Op deze momenten beslist de medische begeleider of een doorverwijzing naar de arts noodzakelijk is of niet. De afspraak met de arts wordt meegegeven op een papier met daarop hun naam, de datum en het uur, alsook een getekende klok. Wanneer er zich een medisch noodgeval voordoet, mag de bewoner zich uiteraard onmiddellijk tot de receptie wenden. Een afspraak bij de specialist kan enkel verkregen worden op verwijzing van de centrumarts. Er wordt reeds op voorhand gemeld dat deze afspraken vaak een hele wachttijd met zich meebrengen. Een afspraak bij de tandarts kan aangevraagd worden aan de receptie.

Er wordt ook benadrukt dat wanneer men een afspraak heeft bij de arts dat het belangrijk is om stipt aanwezig te zijn, alsook dat men moet wachten in de wachtzaal tot men binnengeroepen wordt. Kan een afspraak toch niet nagekomen worden, dan wordt er gevraagd om dit ten laatste 48 uur op voorhand te communiceren. Wanneer er zonder medeweten van het centrum een arts geconsulteerd wordt, zijn de kosten te betalen door de bewoner zelf. Er wordt ook duidelijk afgesproken dat medicatie voorgeschreven dient te worden door de arts. Alle medicatie op voorschrift kan men dan afhalen in de apotheek met een toestemmingsformulier van het centrum. De toestemmingsformulieren voor de afspraken worden telkens op donderdagvoormiddag uitgedeeld, tezamen met het zakgeld. De uitleg en gemaakte afspraken zijn in grote lijnen gebaseerd op de organisatie van de Belgische gezondheidszorg, maar zijn toch wat aangepast naar de noden van het opvangcentrum.

Literatuuronderzoek

Het project werd voorafgegaan door een oriënterend literatuuronderzoek. Hierin werd gezocht naar voorgaande onderzoeken en vragenlijsten rond dit onderwerp. Allereerst werden de guidelines en standaarden nagekeken. Zowel bij NHG als bij Domus Medica werd

weinig relevante informatie gevonden. Domus Medica biedt 1 vorming aan met als thema “huisarts en asielzoeker”. Er werd ook gezocht in de database van de masterproeven van het ICHO. Hieruit kwamen 3 interessante artikels. Ten slotte werd er via PubMed gezocht naar relevante artikels. De gebruikte zoektermen waren: ‘refugees’, ‘primary health care’, ‘asylum seekers’, ‘experiences’, country of resettlement’,… Hieruit werden dan op basis van het abstract en de titel 5 artikels weerhouden. De grote thema’s die uit de literatuur naar voor kwamen, zijn taal, arts-patiëntrelatie, de toegankelijkheid van de zorg en de kennis over de zorgsystemen. De bevindingen uit de literatuur willen we graag vergelijken met de bevindingen uit het opvangcentrum te Sint-Niklaas.

Opstellen vragenlijst

De medewerkers van het opvangcentrum waren zeer blij met de aandacht voor deze problematiek en wilden zeer graag meewerken. Het opvangcentrum biedt plaats aan 150 mensen. Het bevat een zeer gevarieerde populatie. Wanneer we kijken naar de herkomstlanden waaruit België het meeste aanvragen tot internationale bescherming ontvangt, zijn dit Syrië, Palestina, Afghanistan en Irak. Samen goed voor 42.5% van de aanvragen in België. Uit dit opzicht, alsook uit praktisch opzicht, werd beslist om enkel de focus te leggen op de Arabisch sprekende populatie van het centrum. Dit om een representatief beeld te geven van één specifieke populatie, i.p.v. een onoverzichtelijk beeld van verschillende uiteenlopende populatiegroepen. Zonder deze keuze zou er een te grote diversiteit bestaan.

Er werd eerst gezocht naar gevalideerde bestaande vragenlijsten. Ons oog viel op de quote-vragenlijst van NIVEL (= Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg). Deze vragenlijst was echter niet meer beschikbaar. Er werd beslist een eigen vragenlijst op te stellen. De opstelling gebeurde op basis van de literatuur en de eigen bevindingen in de praktijk. De vragenlijst is vertaald naar het Arabisch door een professionele tolk.

De grote thema’s die bevraagd worden, lopen gelijk met thema’s die herhaaldelijk gevonden werden in de literatuur, namelijk de werking van onze gezondheidszorg in het algemeen en hun kennis daarover, de arts-patiëntrelatie en de taal. Deze thema’s werden bevraagd aan de hand van een 5-punts Likertschaal. Op deze manier hopen we een duidelijk beeld te schetsen en te begrijpen wat de specifieke moeilijkheden zijn die de asielzoekers ondervinden in de Belgische gezondheidszorg.

Praktijkproject

Voor dit praktijkproject werd een eigen vragenlijst opgesteld. Deze bestaat uit 4 delen. Het eerste deel betreft algemene informatie, het tweede deel behandelt de kennis over de gezondheidszorg en de organisatie van de zorg in het centrum, het derde deel bevraagt de arts-patiëntrelatie en in het laatste deel polsen we naar de bevindingen op het vlak van taal. We kregen voor de bevraging de toestemming van Rode Kruis-Vlaanderen.

De inclusiecriteria voor dit project waren een leeftijd van minstens of ouder dan 18 jaar, Arabisch sprekend, verblijvend in het opvangcentrum te Sint-Niklaas.

De exclusiecriteria waren niet-Arabische sprekende mensen en jonger dan 18 jaar.

De vragenlijst werd in oktober 2018 uitgedeeld tijdens de zakgeldbedeling, samen met het informatie- en toestemmingsformulier. Er werd geen bijkomende uitleg gegeven.

Uit deze bedeling kregen we slechts 2 vragenlijsten ingevuld terug. In november 2018 werden de medische begeleiding en de persoonlijke begeleiders ingeschakeld om de vragenlijsten meer te kaderen. Ondertussen werden er ook papieren opgehangen aan het medische lokaal met uitleg omtrent de vragenlijst. Toen kregen we iets meer vragenlijsten terug. De totale respons bleef echter eerder laag.

Uiteindelijk werd in december 2018 besloten om de vragenlijsten nogmaals uit te delen aan iedereen, deze keer echter door de centrumarts persoonlijk. We lieten ons bijstaan door een Arabisch sprekende begeleider uit het centrum. We vroegen iedereen om de vragenlijst dezelfde week nog terug te bezorgen.

In totaal werden er 42 vragenlijsten uitgedeeld en kregen we er 32 ingevuld terug. Het terugbrengen van de vragenlijsten was niet meer mogelijk na januari 2019. De bevraagde mensen bevonden zich allemaal in het opvangcentrum van het Rode Kruis in de kasteelstraat te Sint-Niklaas. Zij bevonden zich in verschillende stadia van de asielprocedure. Sommige waren net in het centrum, andere verbleven er al een hele periode en hadden reeds interviews achter de rug, andere waren in beroep aan het gaan.

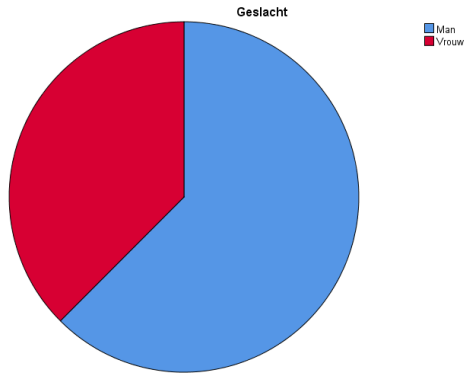
De gegevens werden verwerkt met SPSS Statistics 25.

De goedkeuring van het Ethisch comité van de Universiteit van Gent werd bekomen voor dit project met dossiernummer 2018/0448.

RESULTATEN

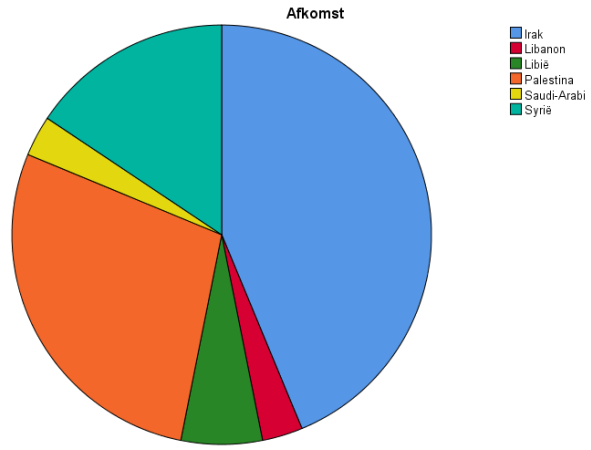
Bestudeerde populatie

De bestudeerde populatie bestaat uit 32 bewoners uit het opvangcentrum te Sint-Niklaas. Er zijn 20 mannen en 12 vrouwen bevraagd. De minimale leeftijd bedraagt 18 jaar, de maximale leeftijd is 51 jaar. Er is 1 persoon jonger dan 20 jaar, de leeftijdsgroep 20-29 jaar bestaat uit 12 personen, de leeftijdsgroep 30-39 jaar bestaat uit 9 personen, de leeftijdsgroep 40-49 bestaat uit 9 personen, 1 persoon is ouder dan 50 jaar. We zien dat



Afbeelding 2: verdeling man/vrouw

8 personen alleen in het centrum zijn, 2 personen zijn er met vrienden, 14 personen bevinden zich in het opvangcentrum met hun volledige gezin, 8 personen zijn slechts met een deel van het gezin in het centrum. Dit maakt dat 25% alleen in het centrum is, 75% heeft vrienden of familie binnen het centrum. Van de 32 bevraagde bewoners zijn er 31 moslim, 1 was niet gelovig. De personen die reeds het langst in de asielprocedure zitten, zijn in het centrum sinds maart 2015. Degenen die het meest recent arriveerden, zijn in het centrum sinds oktober 2018.



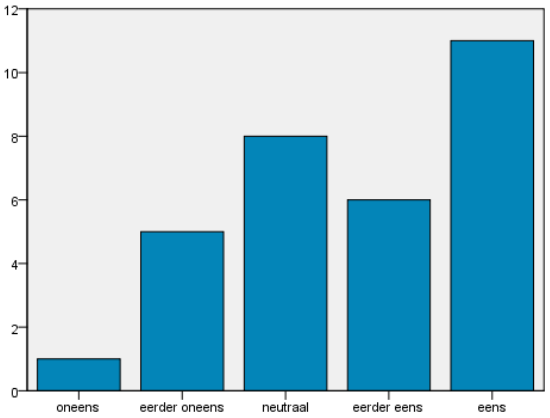
Afbeelding 3: verdeling landen van herkomst

Van de 32 bevraagde bewoners zijn er 14 afkomstig uit Irak en dit is hierdoor het belangrijkste land van herkomst. Daarnaast zien we dat 9 mensen afkomstig zijn uit Palestina en 5 uit Syrië. Er zijn 2 bewoners afkomstig uit Libië. Uit Libanon en Saoedi-Arabië is elk 1 bewoner afkomstig. Wanneer we de talenkennis bekijken, zien we dat 93.8% aangeeft een goede kennis van het Arabisch te hebben, 3.1% geeft aan een gemiddelde kennis te hebben en een verrassende 3.1% stelt geen kennis van het Arabisch te hebben. Deze 3,1% komt overeen met 1 persoon. De persoon werd bevraagd en bedoelde met haar antwoord dat ze analfabeet is. Een medebewoner heeft haar geholpen om de vragenlijst in te vullen. Nederlands is goed gekend door 3 bewoners en 7 bewoners zeggen het Nederlands gemiddeld onder de knie te hebben, samen goed voor 31.3% van de bevraagde populatie. 68.7% heeft geen kennis van het Nederlands. Frans is voor 90,6% of 29 bewoners onbekend terrein, 2 bewoners zeggen een gemiddelde kennis te hebben, 1 spreekt van een goede kennis van het Frans. Duits is ook door 1 bewoner goed gekend, 3 spreken van een gemiddelde kennis van de taal. Er is geen kennis van de Duitse taal bij 28 bewoners of 87.5%. Er is 25% dat aangeeft goed Engels te kunnen, dit zijn 8 bewoners. De meerderheid, namelijk 53.1% of 17 personen, geeft aan een gemiddelde kennis van het Engels te hebben. Er is 21.9% dat stelt geen kennis te hebben van het Engels.

Gezondheidszorg België

Enerzijds bevroegen we de kennis en bevindingen over de algemene gezondheidszorg, anderzijds bevroegen we ook de zorg zelf en de organisatie van de zorg in het centrum.

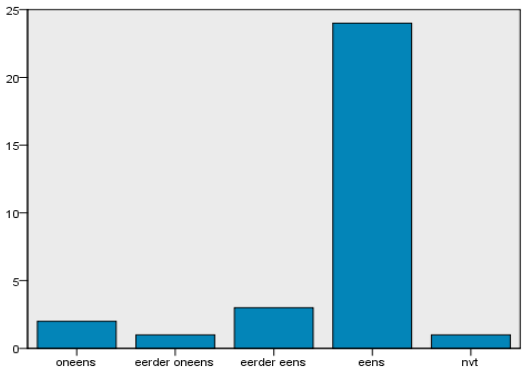
Met betrekking tot de organisatie van de gezondheidszorg in België geeft 53.1% van de bewoners aan dat ze begrijpen hoe het gezondheidszorgsysteem werkt, 15.6% is van mening dat ze dit systeem onvoldoende begrijpen. 53,2% geeft aan dat ze voldoende info gekregen hebben over de werking van het zorgsysteem, 25% staat hier eerder neutraal tegenover. 56.3% van de respondenten begrijpen wat de rol van de huisarts juist inhoudt. 84.8% heeft kennis over de dienst spoedgevallen.



Afbeelding 4 : stelling 'Ik kreeg voldoende info over de werking van de Belgische gezondheidszorg'

Wanneer we kijken naar de specifieke organisatie in het centrum zelf geeft 62.6% van de mensen aan te weten hoe ze een afspraak kunnen maken bij de huisarts, 6.3% weet dit niet. 81.3% van de bewoners is tevreden dat ze via de medische begeleiding een afspraak maken bij de centrumarts. Slechts 1 persoon stond hier negatief tegenover. Of men dan liever rechtstreeks een afspraak zou willen maken bij de huisarts? 28.1% staat hier neutraal tegenover, 37.5% is het eerder eens en 31.3% vindt dit niet nodig. Wat betreft afspraken bij de specialist, zien we dat de helft van de bewoners dit liever zelf zou maken in plaats eerst via de huisarts te moeten passeren Desondanks is toch 78.1% tevreden met de huidige stand van zaken waarbij de huisarts steeds de verwijzing naar de specialist moet doen.

Wanneer we de vorm van raadpleging bekijken, zien we dat 84.4% tevreden is met raadpleging op afspraak. Wanneer we stellen of de bewoners liever een vrije raadpleging willen, zien we dat 21.9% geen voorkeur hebben voor deze vorm van raadpleging. Eén op vier staat hier neutraal tegenover. 43.8% geeft aan toch liever vrije raadpleging te hebben. De wachttijd tot een afspraak is voor 56.3% van de bewoners te lang. De stiptheid van de arts is voor 75.1% aanvaardbaar. Wanneer een afspraak in de privépraktijk gemaakt is, vindt 56.2% van de bewoners dat deze makkelijk te bereiken is. 32.3% van de bewoners vindt 1 vast doktersmoment per week onvoldoende. Van de 31 personen zijn er slechts 4 die het doktersmoment niet goed geregeld vinden, 3 staan er neutraal tegenover en 71.9% van de bewoners is wel tevreden.



Afbeelding 5 : stelling 'Ik ben tevreden met consultaties op afspraak'

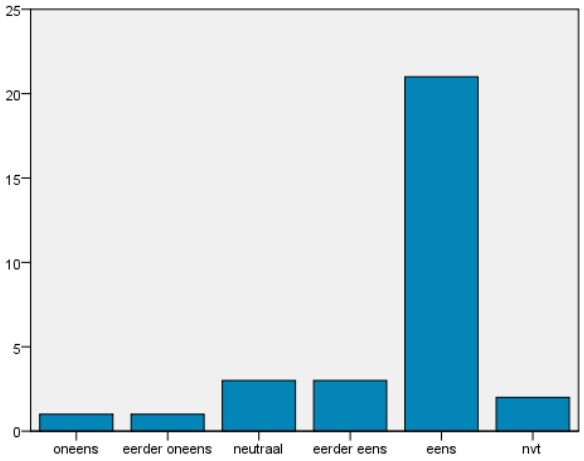
Tabel 1: Resultaten vragenlijst gezondheidszorg in België

Gezondheidszorg in België (n=31)(%)	Oneens	Eerder oneens	neutraal	Eerder eens	eens	Nvt of geen mening
1) Ik begrijp hoe de gezondheidszorg in België werkt	15.6	0	25	15.6	37.5	3.1
2) Ik kreeg voldoende info over de werking van de Belgische gezondheidszorg	3.1	15.6	25	18.8	34.4	0
3) Ik begrijp de rol van de huisarts	6.3	0	28.1	12.5	43.8	6.3
4) Ik weet hoe ik een afspraak kan maken bij de huisarts	6.3	0	21.9	18.8	43.8	6.3
5) Ik weet dat er een dienst spoedgevallen bestaat	6.3	0	3.1	12.5	71.9	3.1
6) Ik ben tevreden dat het asielcentrum voor mij een afspraak bij de huisarts kan vastleggen	3.1	0	12.5	9.4	71.9	0
7) Ik ben tevreden met raadpleging op afspraak	6.3	3.1	0	9.4	75	3.1
8) Ik zou liever een vrije raadpleging hebben	15.6	6.3	25	6.3	37.5	6.3
9) Ik zou graag zelf een afspraak kunnen maken bij de huisarts	18.8	12.5	28.1	9.4	28.1	0
10) Ik vind de wachttijd tot een afspraak bij de huisarts te lang	12.5	3.1	15.6	6.3	50	9.4
11) Ik vind dat de huisarts stipt werkt	6.3	0	9.4	6.3	68.8	6.3
12) Ik vind de dokterspraktijk (zamanstraat) makkelijk te bereiken	3.1	0	21.9	3.1	53.1	15.6
13) Ik vind 1 moment voor doktersafspraken per week voldoende	18.8	12.5	9.4	9.4	43.8	3.1
14) Ik vind het doktersmoment op donderdag goed geregeld	9.4	3.1	9.4	9.4	62.5	3.1
15) Ik vind het goed dat de huisarts mij verwijst naar de specialist	6.3	0	12.5	12.5	65.6	0
16) Ik zou liever zelf een afspraak met de specialist kunnen maken	15.6	9.4	15.6	9.4	40.6	6.3

Arts-patiënt relatie

Zowel de relatie met de centrumarts, als die met de specialisten werd bevraagd.

Allereerst werd gepolst naar de beleving van arts-patiëntcontacten. Bij 75% van de bewoners werd aangegeven dat ze tevreden waren over de houding van de arts. De meerderheid voelde zich zowel bij de huisarts, als bij de specialist begrepen en 65.7% vond dat er goed geluisterd werd naar hen. 59.4% vond dat er voldoende tijd werd uitgetrokken voor de consultatie. Slechts 1 iemand voelde zich niet veilig om alle vragen te kunnen stellen aan de arts.



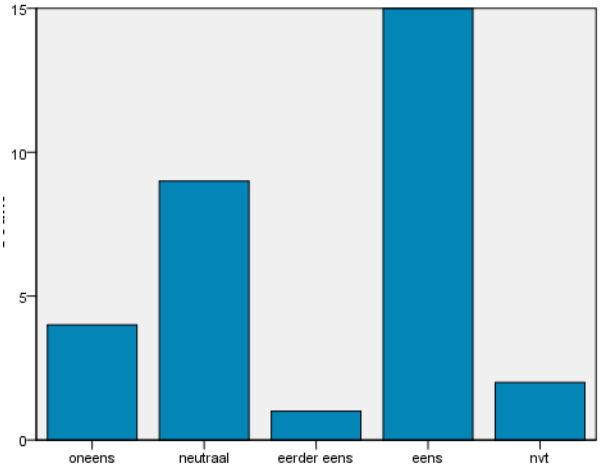
Afbeelding 6: stelling 'Ik ben tevreden met de houding van de arts'

Het beleid van de arts was in 3 van de 4 gevallen gelijklopende met de verwachtingen van de patiënt. Er was bij 18.8% van de bewoners wel het gevoel dat de huisarts te traag verwijst naar de specialist.

Iets meer dan de helft van de bewoners verstaan de noodzaak van een goed klinisch onderzoek. Vier bewoners zagen hier het nut niet van in. De resultaten van dit klinisch onderzoek worden nadien besproken met de patiënt, 53.1% is tevreden met de uitleg die men ontvangt. Over de diagnose is 59.4% van mening dat er voldoende uitleg wordt gegeven en wat betreft de therapie is 71.9% tevreden over de gekregen uitleg. Het beloop van de ziekte wordt voor 56.3% van de mensen voldoende uitgelegd, 12.9% is het hiermee oneens en 18.8% staat hier eerder neutraal tegenover. 12 bewoners vinden dat hun klachten te vaak worden toegeschreven aan psychologische klachten, 11 bewoners staan hier eerder neutraal tegenover, 4 zijn het oneens en 4 vinden dit niet van toepassing op hun situatie.

Wat betreft medicatie is een groot deel van de bewoners, namelijk 59.4%, het eens dat er correct met medicatie wordt omgegaan op de consultaties. Toch zijn er 4 bewoners van mening dat er te weinig medicatie wordt voorgeschreven. Wanneer we de medicatie specifieker bevragen en polsen naar het voorschrijfgedrag van antibiotica geven 13 bewoners aan dat dit te weinig wordt voorgeschreven. 68.8% is tevreden dat men enkel met een voorschrift medicatie kan afhalen.

Qua continuïteit zien we uiteenlopende meningen, 25% vindt het niet aangenaam om steeds een andere arts zien, 37.5% heeft er geen probleem mee wanneer dit het geval is, 28.1% staat hier neutraal tegenover. De helft van de bevraagde bewoners heeft wel een voorkeur om steeds dezelfde arts terug te kunnen zien. Bij 34.4% van de bewoners zien we de voorkeur voor een arts van hetzelfde geslacht, bij 21.9% is dit niet het geval, 34.4% staat er neutraal tegenover.



Afbeelding 7 : stelling 'Ik consulteer liefst steeds dezelfde arts'

Naast het kennismakingsgesprek met de medische begeleiding zou 56.3% ook graag een voorafgaand kennismakingsgesprek hebben met de arts. Bij navraag naar ervaringen met racisme zien we dat bij de huisarts 1 iemand zegt hier last van ondervonden te hebben, bij de specialist geven 2 bewoners aan hiermee in aanraking gekomen te zijn.

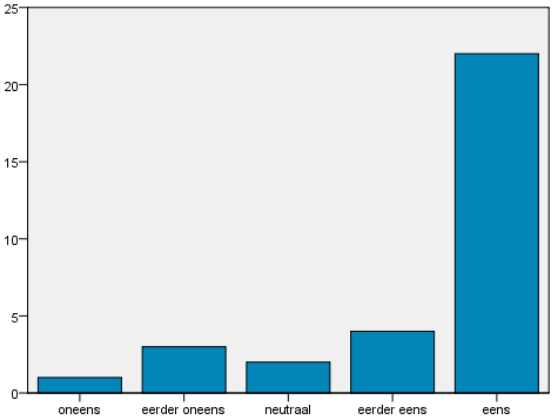
Tabel 2: Resultaten vragenlijst arts-patiëntrelatie

Arts-patiënt relatie (n=31)(%)	**Oneens**	**Eerder oneens**	**neutraal**	**Eerder eens**	**eens**	**Nvt of geen mening**
1) Ik ben tevreden met de houding van de huisarts	3.1	3.1	9.4	9.4	65.6	6.3
2) Ik voel me begrepen door de huisarts	12.5	0	12.5	6.3	53.1	12.5
3) Ik voel me begrepen door de specialist arts	9.4	0	12.5	9.4	59.4	6.3
4) Ik vind dat de arts voldoende tijd voor me maakt	15.6	0	15.6	6.3	53.1	6.3
5) Ik vind dat de arts goed naar me luistert	12.5	3.1	9.4	6.3	59.4	6.3
6) Ik voel me veilig om alles te vragen aan de arts	3.1	0	3.1	3.1	84.4	3.1
7) Ik vind dat de arts voldoet aan mijn verwachtingen op het vlak van beleid	3.1	0	12.5	9.4	65.6	6.3
8) Ik vind dat de arts te traag verwijst	37.5	3.1	28.1	6.3	12.5	9.4

9) Ik begrijp dat een klinisch onderzoek nodig is	9.4	3.1	25	6.3	50	3.1
10) Ik vind dat de resultaten van onderzoeken voldoende met mij besproken worden	15.6	3.1	18.8	12.5	40.6	6.3
11) Ik vind dat de arts voldoende uitleg geeft over de diagnose	6.3	9.4	15.6	9.4	50	6.3
12) Ik vind dat de arts voldoende uitleg geeft over de therapie	3.1	0	15.6	12.5	59.4	6.3
13) Ik vind dat de arts voldoende uitleg geeft over het verwachte ziekteverloop	6.3	6.3	18.8	12.5	43.8	9.4
14) Ik vind dat te vaak wordt gezegd dat klachten psychologisch van aard zijn	12.5	0	34.4	6.3	31.3	12.5
15) Ik vind dat er goed met medicatie wordt omgegaan	3.1	12.5	18.8	6.3	53.1	3.1
16) Ik vind dat er te weinig medicatie wordt gegeven	34.4	12.5	31.3	0	12.5	6.3
17) Ik vind dat er te weinig antibiotica word gegeven	12.5	15.6	21.9	6.3	34.4	6.3
18) Ik vind het goed dat ik medicatie enkel met een voorschrift bij de apotheek kan gaan halen	6.3	3.1	12.5	6.3	62.5	6.3
19) Ik vind het niet erg als ik vaak een andere arts zie	15.6	9.4	28.1	9.4	28.1	6.3
20) Ik heb liefst een arts van hetzelfde geslacht	18.8	3.1	34.4	6.3	28.1	6.3
21) Ik heb liefst steeds dezelfde arts	12.5	0	28.1	3.1	46.9	6.3
22) Ik zou graag vooraf een kennismakingsgesprek gehad hebben met de arts	9.4	3.1	21.9	12.5	43.8	6.3
23) Ik heb last van racisme bij de huisarts	65.6	9.4	9.4	0	3.1	9.4
24) Ik heb last van racisme bij de arts-specialist	65.6	9.4	6.3	0	6.3	9.4

Taal

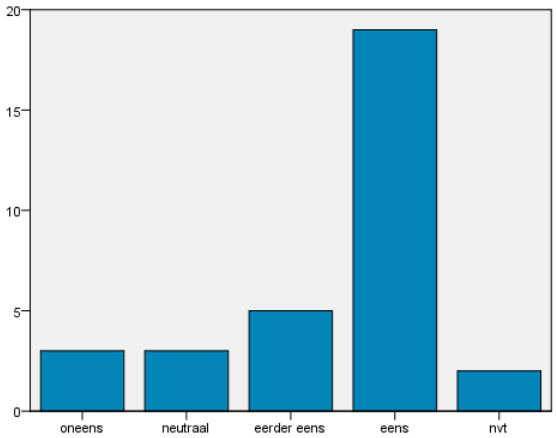
Op het gebied van taal leren we dat 81.3% tevreden is met de manier waarop men momenteel kan communiceren met de arts, 12.5% is eerder ontevreden. 65.7% van de bewoners weten dat ze een tolk kunnen aanvragen. In totaal gaven 3 bewoners aan dit niet te weten.



Afbeelding 8 : stelling 'Ik ben tevreden met de huidige manier van communiceren met de arts'

Wanneer we kijken naar de verschillende mogelijkheden zien we dat 71.9% van de bewoners tevreden is wanneer een familielid vertaalt. Wanneer een kennis meekomt om te vertalen is nog 68.8% hiermee tevreden. Wanneer een taalgenoot uit het centrum meekomt om te vertalen, is slechts de helft van de bewoners hiermee tevreden. Het gebruik van een online vertaalprogramma, zoals bijvoorbeeld google translate, geeft aan 53.1% een tevreden gevoel, 18.8 % staat hier neutraal tegenover en 21.9% is niet tevreden. Het inschakelen van een telefoontolk is handig voor 59.4% van de bewoners, 21.9% is hier niet tevreden mee. Een officiële tolk is voor 93.8% van de bewoners een goede oplossing, 1 iemand staat hier neutraal tegenover, 1 iemand vernoemt dat dit niet van toepassing is op zijn situatie. Bij navraag omdat hij zich voldoende goed kan uitdrukken in het Engels en geen nood heeft aan een tolk.

Wat betreft de voorkeur voor vertaler van de bewoners zien we dat 3 op de 4 bewoners aangeven dat ze liefst een officiële tolk zouden gebruiken. Een vertaler uit de vriendengroep krijgt de voorkeur bij 21.9% van de bewoners, 50% is hier niet akkoord mee. Familie die komt vertalen wordt door 21.9% verkozen, 34.4% staat hier eerder neutraal tegenover en 34.4% is het hier niet mee eens.



Afbeelding 9: stelling 'Ik heb liefst een officiële tolk'

Bij een informele tolk geeft 43.8% aan dat ze vertrouwen hebben in de vertaler, de helft van de bewoners geeft aan dat ze alles kwijt kunnen bij een informele tolk. Bij een formele tolk zien we dat het vertrouwen nog hoger ligt, namelijk 75.1%, en zien we ook dat 71.9% het gevoel heeft dat ze alles kunnen vertellen.

De voorkeur voor een tolk van hetzelfde geslacht komt hier niet naar voor, slechts 15.7% geeft aan hier een voorkeur voor te hebben, 34.4% staat hier neutraal tegenover en 43.7% vindt een tolk van hetzelfde geslacht niet noodzakelijk. Qua continuïteit geeft 40.7% aan liefst steeds dezelfde tolk ter beschikking te hebben, 15.6% heeft hier geen nood aan.

Tabel 3: Resultaten vragenlijst taal

Taal (n=32)(%)	**Oneens**	**Eerder oneens**	**neutraal**	**Eerder eens**	**eens**	**Nvt of geen mening**
1) Ik ben tevreden over de manier waarop ik kan communiceren met de arts	3.1	9.4	6.3	12.5	68.8	0
Wanneer vertaling nodig is…						
2) Ben ik tevreden wanneer we google translate gebruiken	15.6	6.3	18.8	15.6	37.5	6.3
3) Ben ik tevreden wanneer familie kan tolken	3.1	6.3	9.4	12.5	59.4	9.4
4) Ben ik tevreden wanneer een kennis kan tolken	15.6	0	12.5	18.8	50	3.1
5) Ben ik tevreden wanneer een taalgenoot (informeel) kan tolken	18.8	9.4	15.6	3.1	46.9	6.3
6) Ben ik tevreden met een telefoontolk	6.3	15.6	6.3	3.1	56.3	12.5
7) Ben ik tevreden met een officiële tolk	0	0	3.1	9.4	84.4	3.1
8) Ik heb liefst een vertaler van hetzelfde geslacht	40.6	3.1	34.4	6.3	9.4	6.3
9) Ik heb liefst een vertaler uit mijn eigen familie	31.3	3.1	34.4	6.3	15.6	9.4
10) Ik heb liefst een vertaler uit mijn vriendengroep	40.6	9.4	21.9	3.1	18.8	6.3
11) Ik heb liefst een officiële tolk	9.4	0	9.4	15.6	59.4	6.3
12) Ik heb vertrouwen in een informele tolk (vrienden, familie,…)	18.8	9.4	15.6	9.4	34.4	12.5

13) Ik kan steeds alles kwijt met een informele tolk	18.8	3.1	15.6	9.4	40.6	12.5
14) Ik heb vertrouwen in een formele tolk	3.1	0	12.5	6.3	68.8	9.4
15) Ik kan steeds alles vertellen met een formele tolk	6.3	0	15.6	12.5	59.4	6.3
16) Ik zou liefst steeds dezelfde tolk gebruiken	15.6	0	28.1	9.4	31.3	15.6
17) Ik weet dat ik steeds een tolk kan aanvragen	9.4	0	18.8	9.4	56.3	6.3

CONCLUSIE

Wanneer we de resultaten uit dit kleinschalige onderzoek gaan vergelijken met de gevonden resultaten in de literatuur, zien we dat deze resultaten niet steeds gelijklopen. We bekijken dit per thema.

Gezondheidszorg

In de literatuur stelt men vaak vast dat de asielzoeker onvoldoende kennis heeft van het gezondheidszorgsysteem. Er worden onder meer problemen aangegeven die draaien rond de bereikbaarheid van een praktijk, waar men een afspraak kan maken, hoe de wachtdienst georganiseerd wordt en wat nu de exacte rol is van een huisarts. In de vragenlijst zien we dat de helft van de bevraagde bewoners aangeeft het zorgsysteem te begrijpen en iets meer dan de helft stelt dat zij voldoende geïnformeerd zijn over het zorgsysteem. 56,3% van de bevraagde bewoners geeft aan de rol van een huisarts te begrijpen en 84,4% kent de organisatie van de wachtpost en de spoedgevallendienst. We kunnen dus stellen dat de kennis over het gezondheidszorgsysteem in het centrum wel meevalt, althans wat betreft de wachtdienst. Wat betreft algemene kennis moeten we toch een beter resultaat kunnen vooropstellen dan die schamele 50%. Er is hier dus zeker nog ruimte voor verbetering. Het zal belangrijk zijn om in de toekomst te investeren in een goede voorlichting van de bewoners. Dit zowel door op algemeen niveau, als op lokaal niveau meer tijd te spenderen aan educatie. Door te investeren in deze kennis zal de drempel tot de zorg verlagen.

Wat we zien terugkomen in zowel de vragenlijst, als in de literatuur, is dat de wachttijden tot een consultatie tot frustraties lijden. Helaas is dit een welgekend probleem in België waar wij helaas niet veel aan kunnen veranderen. De wachttijd tot consultatie bij de huisarts proberen wij wel steeds tot een minimum te beperken. Wanneer het eerstvolgende consultatiemoment in het centrum nog te lang wachten is, kan er steeds contact opgenomen worden voor een afspraak in de privépraktijk. Er wordt steeds geprobeerd om door middel van de 3 medische momenten per week reeds een triage uit te voeren. Op die manier kan een onderscheid gemaakt worden tussen wie dezelfde dag nog

gezien moet worden en wie kan wachten tot het eerstvolgende consultatiemoment. Toch is er nog 30% van de respondenten die aangeven dat ze 1 doktersmoment per week te weinig vinden. Deze regeling kan in de toekomst eventueel aangepast worden door het inschakelen van een extra doktersmoment of een extra arts in het centrum.

Gelukkig is 3 op de 4 bewoners, in tegenstelling tot de literatuur, van mening dat de wachttijd in de wachtzaal bij de dokter heel goed meevalt en dat er stipt gewerkt wordt.

Wat betreft de organisatie van het zorgsysteem binnen het centrum vinden 24 van de 31 bewoners dit goed lopen, 3 staan er neutraal tegenover en 4 bewoners zijn niet tevreden. 81% is tevreden dat ze momenteel een afspraak via de medische begeleider kunnen maken, de meningen zijn verdeeld of men deze liever rechtsreeks zou kunnen maken of niet. 78,1% is tevreden met het feit dat een afspraak met de specialist steeds via de huisarts moet verlopen, hoewel de helft toch van mening is dat ze dit liever rechtstreeks zouden willen doen. Qua organisatie van de raadplegingen zien we dat bij 43.1% de voorkeur uit gaat naar vrije raadplegingen. Ook vindt 32% dat 1 consultatiemoment per week te weinig is. Het lijkt ons dat een consultatiemoment op afspraak meer mensen hulp kan bieden binnen die ene namiddag per week. Uiteraard zijn de bewoners ook steeds welkom voor een afspraak in de praktijk wanneer een vroegere raadpleging nodig blijkt of wanneer de afspraken reeds volzet zijn voor die week. De stapsgewijze aanpak om enkel vanuit eerste lijn naar de tweede lijn te kunnen verwijzen, lijkt ons toch nodig om enige controle te behouden.(27) Wanneer bewoners het nodig vinden om een specialist te raadplegen, kunnen zij dit steeds melden. Op die manier kan dan samen met de centrumarts de noodzaak tot verwijzing bekeken worden. Samenwerking met de patiënt blijft voor ons de belangrijkste basis voor goed consult. Wederom is ook hier belangrijk om te investeren in een goede uitleg over hoe we de zorg aanpakken en waarom. Op deze manier zal dit hopelijk tot een beter begrip leiden.

Arts-Patiëntrelatie

Eén grote conclusie uit de literatuur is dat de voorkeur uitgaat naar een arts die begripvol is en luistert naar zijn patiënten. In het asielcentrum zien we dat 3 op de 4 bewoners vinden dat de arts een correcte houding heeft ten opzichte van de patiënten en voelen de meesten zich begrepen door de artsen. De meerderheid vindt dat er goed naar hen geluisterd wordt en dat hiervoor ook voldoende tijd wordt uitgetrokken. Slechts 1 iemand van de bevraagde mensen voelde zich niet veilig om alles tegen de arts te vertellen.

Qua beleid van de arts en verwachtingen van de patiënt zien we dat deze bij 3 op de 4 bewoners gelijk lopen. Bij 1 op de 5 bewoners wordt wel een snellere verwijzing naar de specialist verwacht. Voor 59.4% is de uitleg rond diagnose

toereikend, voor de therapie is dit zelfs bij 71.9% het geval. Het verwachte ziektebeloop wordt maar voor iets meer dan de helft van de mensen voldoende uitgelegd. Zowel voor uitleg rond therapie als rond diagnose en ziekteverloop kan er toch hoger gescoord worden. Vermoedelijk hangt dit antwoord samen met het aspect taal. Wanneer er geen vlotte communicatie is, kan er ook onmogelijk een goede uitleg gegeven worden.

Medicatie is zowel in de literatuur als in ons onderzoek iets waarvan men vindt dat we er goed mee omspringen, met uitzondering van antibiotica. In het centrum gaf 40,7% aan dat dit niet voldoende voorgeschreven wordt. Bijna 70% vindt het goed dat men steeds om een voorschrift moet komen bij de arts, alvorens men om medicatie kan gaan.

In het algemeen is men dus redelijk tevreden van de omgang tussen de arts en de patiënt. Wel blijft het zeer belangrijk om respectvol om te gaan met de psychosocioculturele achtergrond en steeds een persoonsgerichte aanpak te handhaven waarbij voldoende uitleg gegeven wordt op maat van de patiënt. Antibiotica wordt in het centrum steeds voorgeschreven volgens de richtlijnen. Uiteraard wordt elke situatie afzonderlijk bekeken, maar ons lijkt er zeker geen noodzaak aan meer antibioticagebruik. Eerder zal het belangrijk zijn de mensen te educeren over het gebruik en nut van antibiotica en de gevolgen hiervan.

In de literatuur wordt aangegeven dat continuïteit belangrijk is voor de opbouw van een betrouwbare arts-patiëntrelatie. In het centrum worden de consultaties grotendeels door dezelfde arts gehouden, soms kan hier echter van afgeweken worden. Wanneer men op consultatie komt in de privépraktijk zijn er ook meerdere artsen mogelijk. 37,5% van de bewoners heeft geen probleem met deze organisatie, wel geeft de helft toch de voorkeur aan het consulteren van dezelfde arts. Bij 34,4% zien we dat zij een voorkeur hebben voor een arts van hetzelfde geslacht, de andere bewoners staan hier ofwel neutraal tegenover, ofwel delen zij deze mening niet. In de praktijk wordt hier steeds zoveel mogelijk rekening mee gehouden. Wanneer er zich echter een dringende medische situatie voordoet en er geen keuze is, zal hier geen rekening mee kunnen gehouden worden.

In de literatuur wordt meermaals aangegeven dat de asielzoekers geconfronteerd werden met racisme. In het centrum gaf 1 persoon aan dit meegemaakt te hebben bij de huisarts, 2 personen meldden dit bij de specialist. Hier willen we uiteraard een nultolerantie voor instellen. Er moet gepoogd worden om alle bewoners steeds op een even respectvolle en volwaardige manier te behandelen.

Taal

Een goede consultatie staat of valt met goede communicatie. 81.3% van de respondenten stelt tevreden te zijn met de huidige manier van communiceren. Doch zijn er enkele belangrijke vaststellingen. Zo zien we dat slecht 65.7% van de bewoners weet dat ze een tolk kunnen aanvragen. Dit zou absoluut hoger moeten liggen. Wederom blijkt een goede educatie van de bewoners zeer belangrijk. Zo zou men bijvoorbeeld bij het kennismakingsgesprek zeker een luik moeten toevoegen over de aanvraag en beschikbaarheid van de tolken.

Wat betreft de huidige situatie zien we dat de overgrote meerderheid van de respondenten tevreden is wanneer een officiële tolk wordt ingeschakeld. 3 op de 4 bewoners heeft vertrouwen in een officiële tolk en kan steeds alle klachten benoemen. Bij de informele tolken zien we deze tevredenheid meer en meer dalen naar gelang men de tolk minder goed kent. Maximaal de helft van de respondenten heeft vertrouwen in een informele tolk en kan alle klachten bespreken. Hierdoor kan toch wel belangrijke info verloren gaan. Frappant is dat slechts de helft van de respondenten tevreden is met het gebruik van google translate. Hiernaast is 60% tevreden met een telefonische tolk. Een zeer belangrijk resultaat gezien dit de 2 frequente manieren van vertalen zijn in het centrum. Wanneer we de voorkeur van de bewoners bevragen, geeft 3 op 4 de voorkeur voor een officiële tolk. 1 op 5 respondenten geven de voorkeur aan familie of vrienden , maar ook deelt respectievelijk 34,4% en 50% deze voorkeur net niet. Ons lijkt hieruit belangrijk te concluderen dat een goed overleg met de patiënt over zijn of haar voorkeur essentieel is.

Gender gerelateerde problemen staan zeker niet op de voorgrond. Net als in de literatuur zijn de meningen wat uiteenlopend, 35% geeft aan liever een arts van hetzelfde geslacht te kunnen consulteren, 15% wenst een tolk van hetzelfde geslacht. 40,7% deelt de mening met voorgaande onderzoeken dat ze liefst dezelfde tolk zouden kunnen raadplegen. Gezien de soms moeilijk beschikbaarheid van tolken lijkt het in de eerste plaats belangrijk om een tolk te kunnen aanbieden, als er in de tweede plaats mogelijkheid is tot keuze van de tolk, kan er uiteraard steeds rekening gehouden worden met enerzijds de continuïteit en anderzijds het geslacht.

Discussie

Door de kleine en lokale schaal waarop dit onderzoek heeft plaatsgevonden, is het moeilijk om te gaan generaliseren. Eventueel kan op basis van dit onderzoek wel een groter onderzoek op poten gezet worden om zo een duidelijk beeld te krijgen. Aanvullend onderzoek zou eventueel de focus kunnen leggen op de uitwerking van educatief materiaal. Ook voor het luik psychische zorg is nog ruimte voor verder onderzoek.

Desondanks de beperkingen van dit onderzoek zijn er wel aantal pijnpunten blootgelegd in de lokale organisatie in het centrum.

Er lijkt nood te zijn aan een betere algemene educatie wat betreft onze zorg. Dit zowel wat betreft de zorg in de collectieve opvangstructuren als in de zorg nadat men uit een centrum vertrokken is. Vaak is het door gebrek aan kennis dat de tevredenheid van de bewoners negatief beïnvloed wordt. Zo zou er bijvoorbeeld een algemene infosessie of brochure kunnen opgesteld worden met hierin meer concrete uitleg rond onder meer de organisatie van de zorg, het gebruik van tolken, de wachttijden, de echelonnering van de zorg, het gebruik en gevaar van medicatie en antibiotica, de opbouw van een consult en het beroepsgeheim. Een andere mogelijkheid is het gebruik van sleutelfiguren binnen de gemeenschap, zij kunnen dan uitleg en advies geven rond de gezondheidszorg. Daarnaast kunnen ook de persoonlijke of medische begeleiders meer ingeschakeld worden als gezondheidsvoorlichters. Door er meer op te hameren dat de bewoners steeds bij hen terecht kunnen met hun vragen, zal deze drempel hopelijk ook verlagen. Door te investeren in kennis over het zorgsysteem zal men later ook op een correcte manier zelf de weg kunnen vinden naar de zorg. De concrete uitwerking hiervan kan eventueel uitgezocht worden in verder onderzoek.

Tolkendiensten moeten ten allen tijden beschikbaar gemaakt worden voor de bewoners die hier nood aan hebben. Ook hier lijkt het vaak een gebrek aan informatie. Goede voorlichting omtrent de rechten van de bewoners zijn belangrijk. Hiernaast kan het natuurlijk steeds zijn dat iemand de voorkeur heeft voor een informele tolk, de keuze ligt bij de patiënt. Wel moeten we de bewoner dan waarschuwen voor de mogelijke risico's. Wanneer bij vertrouwelijke gesprekken of bij psychosociale problematiek een informele tolk ingeschakeld wordt, kan de vertrouwelijkheid niet gegarandeerd worden. Bij complexe consultaties wat betreft diagnostiek of therapieplanning kan het zijn dat de volledigheid en correctheid van de informatie, zowel naar de arts als naar de asielzoeker toe, in het gedrang komen. (26) Dit moet altijd goed uitgelegd worden aan de bewoners voor zij een keuze maken. Deze keuze kan dan bij de eerste gesprekken met de bewoner nagevraagd worden om dan in het dossier te noteren.

Er moet rekening gehouden worden met mogelijkheid van een response bias. De bewoners zijn soms geneigd om te antwoorden wat zij verwachten dat wij graag willen horen, het sociaal wenselijke antwoord. Er is absoluut benadrukt dat zij hun eigen mening moeten geven opdat we iets kunnen leren uit deze vragenlijst. Hiernaast moeten we ook opletten voor de selectiebias. De bevraagde groep is niet per se een goede afspiegeling van de populatie die wij voor ogen hadden. Een andere mogelijke vorm van bias is dat men soms de vraag niet goed zou kunnen begrepen hebben, de meesten gingen dan ten rade bij ofwel een kennis ofwel kwamen zij om verduidelijking vragen bij de arts of medische begeleiding.

Een laatste mogelijke bias zit hem in de vraag rond racisme. Wij hopen oprecht dat iedereen zich veilig heeft gevoeld om hier eerlijk op te antwoorden. Er mag in het centrum geen ruimte zijn voor discriminatie.

Deze vragenlijst heeft ons een aantal zeer belangrijke punten aangetoond waarmee we in de toekomst aan de slag kunnen. Onze focus zal vooral liggen op het uitwerken van een goede presentatie en een folder die duidelijke informatie geven over de organisatie van de gezondheidszorg, de mogelijkheid van een tolk, uitleg rond wachttijden en echelonnering van de zorg, enzovoort. Deze moeten dan vertaald worden en kunnen getoond worden bij het kennismakingsgesprek. Nadien kan men deze eventueel ook laten verschijnen op het beeldscherm aan de receptie. Hiernaast kunnen de bewoners bij vragen steeds even heropfrissen in hun gekregen folder. Hiernaast moeten we focussen op de bereikbaarheid van de medische en persoonlijke begeleiders. Dit door hun beschikbaarheid extra te benadrukken bij de kennismakingsgesprekken. Ten slotte zal er ook nagedacht moeten worden over de noodzaak van meerdere consultatiemomenten in het centrum. Op die manier kunnen we de asielzoekers hopelijk een meer aangename beleving bezorgen van ons gezondheidssysteem.

RFERENTIES

(1) www.fedasil.be/nl/statistics
(2) www.fedasil.be/nl/asiel-belgie
(3) www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/opvang_van_asielzoekers_in_belgie.pdf
(4) www.cgvs.be/nl/cijfers
(5) Global Appeal 2018-2019 UNHCR
Beschikbaar via:
www.unhcr.org/publications/fundraising/5a0c05027/unhcr-global-appeal-2018-2019-full-report.html
(6) Eurostat: asylum and first time asylum applicants annual aggregated date
Beschikbaar via:
https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00191&plugin=1
(7) Asielstatistieken CGVS December 2018
Beschikbaar via:
file:///F:/MaNaMa%20thesis/officieel/asielstatistieken_2018_december_nl.pdf
(8) What's in a name. Terminologie Vluchtelingenwerk Vlaanderen
Beschikbaar via:
www.vluchtelingenwerk.be/system/tdf/lesmap_1_whats_in_a_name.pdf?file=1&type=document
(9) Wat is een vluchteling Vluchtelingenwerk Vlaanderen 11/2015
Beschikbaar via:
www.vluchtelingenwerk.be/system/tdf/watiseenvluchteling_201511-creen.pdf?file=1&type=document
(10) Vluchtelingen in getallen 2018 Vluchtelingennetwerk Nederland Beschikbaar via:
www.vluchtelingenwerk.nl/sites/default/files/u640/20180719_vluchtelingen_in_getallen_%202018_allerdefinitiefste.pdf
(11) https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/hervestiging_022019.pdf
(12) https://www.unhcr.org/be/wp-content/uploads/sites/46/2018/01/UNHCR-Algemene-infobrochure-2017-NL.pdf
(13) www.agii.be/thema/verblijfsrecht-uitwijzing-reizen/asiel-internationale-bescherming/hoe-verloopt-de-asielprocedure/dublin-onderzoek

(14) www.agii.be/thema/vreemdelingenrecht-internationaal-privaatrecht/nationaliteit/staatloze/verblijfssituatie-van-staatlozen)
(15) www.cgvs.be
(16) Vluchtelingennetwerk Amnesty International
Beschikbaar via:
https://www.vluchtelingenwerk.nl/feiten-cijfers/cijfers/wereldwijd
(17) www.cgvs.be/nl/asiel/de-registratie-van-de-asielzoeker
(18) www.cgvs.be/nl/asiel/de-types-beslissingen
(19) Asielstatistieken CGVS Overzicht 2018
Beschikbaar via:
https://www.cgvs.be/nl/actueel/asielstatistieken-overzicht-2018
(20) I-Hao Cheng, Ann Drillich, Peter Schnatter. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. British Journal of General Practice. March 2015. 171-176
(21) A. K. Zurmati, A. De Sutter, P. Decat. Primary health care for refugees: the ponton experience. European Journal of General Practice. 2017. 23:1 181-182
(22) Catherine A O'Donnell, Maria Higgins, Rohan Chauhan, Kenneth Mullen. They think we're ok and we know we're not. A qualitative study of asylum seekers access knowledge and views to health care in the UK. 2007. BMC Health Services Research BioMed Central. 7:75
(23) Ravi Bhatia, Paul Wallace. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. 2007. BMC Practice Services Research BioMed Central. 8:48
(24) I-Hao Cheng, Shiva Vasi, Sayed Wahidi, Grant Russell. Rites of passage: improving refugee access to general practice services. 2015. The Royal Australian College of General Practicioners. Vol 44. 503-507
(25) Jacqueline Mulders, Bram Tuk. Syrische nieuwkomers in de gemeente: ervaringen van gezinnen met opvang, zorg en opvoeding. Juni 2016. 36-43
(26) www.lmnregiogent.be/zorgniveau

BIJLAGES

Bijlage 1: Informatieformulier

Vakgroep huisartsgeneeskunde Universiteit Gent

Beste lezer,

U krijgt dit formulier omdat u werd gevraagd deel te nemen aan ons onderzoek naar uw beleving van de gezondheidszorg in België. Als huisartsen van het opvangcentrum zijn wij erg geëngageerd om jullie de beste zorgen te kunnen geven. In België zit het systeem echter niet altijd op dezelfde manier in elkaar als in jullie thuisland. Daarom willen wij door middel van een vragenlijst onderzoeken welke aspecten van ons systeem jullie goed vinden lopen, waar er minpunten zitten en waar jullie graag verandering in zouden zien.

De vragenlijst omvat 3 grote thema's, namelijk taal, arts-patiënt relatie en kennis over de gezondheidszorg in België. Ook zullen er jullie in het eerste deel van de vragenlijst enkele algemene vragen gesteld word, onder meer leeftijd, geslacht, land van herkomst, enzovoort.

Alle antwoorden en gegevens verkregen door middel van deze enquête zullen strikt vertrouwelijk worden behandeld en zullen enkel gebruikt worden in kader van de onderzoeksdoeleinden van deze masterproef. Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan Universiteit Gent. Het meewerken aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. Het zal geen enkele invloed hebben op uw relatie met de arts, of met enige andere hulpverlener. U zal dezelfde zorgen blijven krijgen, ongeacht uw antwoorden.

Na de verwerking van de enquête, zouden we graag nog met mensen samenzitten om de gevonden gegevens te bespreken. Dit interview is helemaal vertrouwelijk. De informatie die daar gegeven wordt, zal niet aan andere mensen dan aan de interviewers doorgegeven worden.

Gelieve uw voorkeur hieronder duidelijk te maken.

- ❑ Ik wil graag deelnemen aan het interview na de vragenlijst

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Dr. De Pauw Julie

Dr. Hacquaert Raf

Prof. Dr. De Maesschalck Stéphanie

1) Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan Universiteit Gent.
2) De rechten van de deelnemer aan wetenschappelijk onderzoek zijn bepaald door de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. De wet van 4 mei 2004, inzake experimenten op de menselijke persoon.
3) De onderzoeker verbindt zich ertoe om het bindend karakter van de Europese richtlijn en van de Belgische wetgeving inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer te respecteren.
4) De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Bijlage 2: Toestemmingsformulier

Vakgroep huisartsgeneeskunde Universiteit Gent

Toestemmingsformulier

Ik, _____heb de informatiebrief met betrekking tot het onderzoek "BELEVING EN VERWACHTINGEN VAN DE BELGISCHE GEZONDHEIDSZORG BIJ ARABISCH SPREKENDE ASIELZOEKERS" gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en stem ook in deel te nemen aan de studie.

Alle antwoorden en gegevens verkregen door middel van deze enquête zullen strikt vertrouwelijk worden behandeld. Al deze gegevens zullen uitsluitend gebruikt worden voor de onderzoeksdoeleinden van deze masterproef.

Het meewerken aan dit onderzoek is volledig vrijwillig. Het zal geen enkele invloed hebben op uw relatie met de arts, of met enige andere hulpverlener. U zal dezelfde zorgen blijven krijgen, ongeacht uw antwoorden.

- ❑ Ik verklaar mij akkoord met het gebruik van de door mij ingevulde gegevens

Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam van de vrijwilliger : _____

Datum : _____

Handtekening

5) Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan Universiteit Gent.
6) De rechten van de deelnemer aan wetenschappelijk onderzoek zijn bepaald door de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. De wet van 4 mei 2004, inzake experimenten op de menselijke persoon.
7) De onderzoeker verbindt zich ertoe om het bindend karakter van de Europese richtlijn en van de Belgische wetgeving inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer te respecteren.
8) De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Bijlage 3: vragenlijst

Vragenlijst Belgische Gezondheidszorg

Algemeen	
1) Man/vrouw	
2) Leeftijd	
3) Nationaliteit	
4) Aankomst in centrum	
5) Situatie in centrum	○ Alleen ○ Met vrienden ○ Met gezin ○ Met een deel van mijn gezin
6) Godsdienst	
7) Kennis van Arabisch	○ Goed ○ Gemiddeld ○ Geen
8) Kennis van Nederlands	○ Goed ○ Gemiddeld ○ Geen
9) Kennis van Frans	○ Goed ○ Gemiddeld ○ Geen
10) Kennis van Duits	○ Goed ○ Gemiddeld ○ Geen
11) Kennis van Engels	○ Goed ○ Gemiddeld ○ Geen

Gezondheidszorg in België	**Oneens**	**Eerder oneens**	**neutraal**	**Eerder eens**	**eens**	**Nvt of geen mening**
17) Ik begrijp hoe de gezondheidszorg in België werkt	1	2	3	4	5	
18) Ik kreeg voldoende info over de werking van de Belgische gezondheidszorg	1	2	3	4	5	
19) Ik begrijp de rol van de huisarts	1	2	3	4	5	
20) Ik weet hoe ik een afspraak kan maken bij de huisarts	1	2	3	4	5	
21) Ik weet dat er een dienst spoedgevallen bestaat	1	2	3	4	5	

22) Ik ben tevreden dat het asielcentrum voor mij een afspraak bij de huisarts kan vastleggen	1	2	3	4	5	
23) Ik ben tevreden met raadpleging op afspraak	1	2	3	4	5	
24) Ik zou liever een vrije raadpleging hebben	1	2	3	4	5	
25) Ik zou graag zelf een afspraak kunnen maken bij de huisarts	1	2	3	4	5	
26) Ik vind de wachttijd tot een afspraak bij de huisarts te lang	1	2	3	4	5	
27) Ik vind dat de huisarts stipt werkt	1	2	3	4	5	
28) Ik vind de dokterspraktijk (zamanstraat) makkelijk te bereiken	1	2	3	4	5	
29) Ik vind 1 moment voor doktersafspraken per week voldoende	1	2	3	4	5	
30) Ik vind het doktersmoment op donderdag goed geregeld	1	2	3	4	5	
31) Ik vind het goed dat de huisarts mij verwijst naar de specialist	1	2	3	4	5	
32) Ik zou liever zelf een afspraak met de specialist kunnen maken	1	2	3	4	5	
33) Opmerkingen						

Arts-patiënt relatie	**Oneens**	**Eerder oneens**	**neutraal**	**Eerder eens**	**eens**	**Nvt of geen mening**
25) Ik ben tevreden met de houding van de huisarts	1	2	3	4	5	
26) Ik voel me begrepen door de huisarts	1	2	3	4	5	
27) Ik voel me begrepen door de specialist arts	1	2	3	4	5	
28) Ik vind dat de arts voldoende tijd voor me maakt	1	2	3	4	5	
29) Ik vind dat de arts goed naar me luistert	1	2	3	4	5	

30) Ik voel me veilig om alles te vragen aan de arts	1	2	3	4	5	
31) Ik vind dat de arts voldoet aan mijn verwachtingen op het vlak van beleid	1	2	3	4	5	
32) Ik vind dat de arts te traag verwijst	1	2	3	4	5	
33) Ik begrijp dat een klinisch onderzoek nodig is	1	2	3	4	5	
34) Ik vind dat de resultaten van onderzoeken voldoende met mij besproken worden	1	2	3	4	5	
35) Ik vind dat de arts voldoende uitleg geeft over de diagnose	1	2	3	4	5	
36) Ik vind dat de arts voldoende uitleg geeft over de therapie	1	2	3	4	5	
37) Ik vind dat de arts voldoende uitleg geeft over het verwachte ziekteverloop	1	2	3	4	5	
38) Ik vind dat te vaak wordt gezegd dat klachten psychologisch van aard zijn	1	2	3	4	5	
39) Ik vind dat er goed met medicatie wordt omgegaan	1	2	3	4	5	
40) Ik vind dat er te weinig medicatie wordt gegeven	1	2	3	4	5	
41) Ik vind dat er te weinig antibiotica word gegeven	1	2	3	4	5	
42) Ik vind het goed dat ik medicatie enkel met een voorschrift bij de apotheek kan gaan halen	1	2	3	4	5	
43) Ik vind het niet erg als ik vaak een andere arts zie	1	2	3	4	5	
44) Ik heb liefst een arts van hetzelfde geslacht	1	2	3	4	5	
45) Ik heb liefst steeds dezelfde arts	1	2	3	4	5	
46) Ik zou graag vooraf een kennismakingsgesprek gehad hebben met de arts	1	2	3	4	5	
47) Ik heb last van racisme bij de huisarts	1	2	3	4	5	

48) Ik heb last van racisme bij de arts-specialist	1	2	3	4	5	
49) Opmerkingen						

Taal	**Oneens**	**Eerder oneens**	**neutraal**	**Eerder eens**	**eens**	**Nvt of geen mening**
18) Ik ben tevreden over de manier waarop ik kan communiceren met de arts	1	2	3	4	5	
Wanneer vertaling nodig is…						
19) Ben ik tevreden wanneer we google translate gebruiken	1	2	3	4	5	
20) Ben ik tevreden wanneer familie kan tolken	1	2	3	4	5	
21) Ben ik tevreden wanneer een kennis kan tolken	1	2	3	4	5	
22) Ben ik tevreden wanneer een taalgenoot (informeel) kan tolken	1	2	3	4	5	
23) Ben ik tevreden met een telefoontolk	1	2	3	4	5	
24) Ben ik tevreden met een officiële tolk	1	2	3	4	5	
25) Ik heb liefst een vertaler van hetzelfde geslacht	1	2	3	4	5	
26) Ik heb liefst een vertaler uit mijn eigen familie	1	2	3	4	5	
27) Ik heb liefst een vertaler uit mijn vriendengroep	1	2	3	4	5	
28) Ik heb liefst een officiële tolk	1	2	3	4	5	
29) Ik heb vertrouwen in een informele tolk (vrienden, familie,…)	1	2	3	4	5	
30) Ik kan steeds alles kwijt met een informele tolk	1	2	3	4	5	
31) Ik heb vertrouwen in een formele tolk	1	2	3	4	5	
32) Ik kan steeds alles vertellen met een	1	2	3	4	5	

formele tolk						
33) Ik zou liefst steeds dezelfde tolk gebruiken	1	2	3	4	5	
34) Ik weet dat ik steeds een tolk kan aanvragen	1	2	3	4	5	
35) Opmerkingen						

Bijlage 4: goedkeuring Ethisch Comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

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

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0448		7-jun-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Beleving en verwachtingen van de Belgische gezondheidszorg bij Arabisch sprekende asielzoekers (MaNaMa Julie De Pauw)

Belgisch Registratienummer: B670201836574

* Adviesaanvraagformulier - versie 1 dd. 6/03/2018 (volledig ontvangen dd. 13/03/2018)
* Antwoord onderzoekers
  via mail dr. J. De Pauw dd. 21/05/2018 (ontv. 22/05/2018) op opmerkingen EC dd. 21/03/2018
* Informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie ontv. 22/05/2018)

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 5/06/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 5/06/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

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

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 5/06/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 5/06/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

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

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/06/2018

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/06/2018

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 23
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davina Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

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

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

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

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Bijlage 5: Goedgekeurd protocol

DOELSTELLING:

VANUIT DE ERVARING VAN ONZE PRAKTIJK ALS CENTRUMARTS IN HET OPVANGCENTRUM VAN HET RODE KRUIS TE ST-NIKLAAS, BEGON DE EERSTE INTERESSE IN DIT ONDERWERP. WE PROBEREN ALS CENTRUMARTS STEEDS EEN GOED BEELD MEE TE GEVEN VAN ONZE GEZONDHEIDSZORG EN DE ASIELZOEKERS ZO GOED ALS MOGELIJK TE HELPEN. SOMS MERKEN WE TOCH DAT ER ONTEVREDENHEID IS OVER DE MANIER HOE ONZE GEZONDHEIDSZORG GEORGANISEERD IS OF HOE WIJ EEN CONSULT VOEREN. ZOWEL UIT DEZE INVALSHOEK, ALS UIT DEZE VAN DE PRANGENDE ACTUALITEIT VAN DE VLUCHTELINGENPROBLEMATIEK, ZOUDEN WE GRAAG WILLEN ONDERZOEKEN WAAR HET MISLOOPT. DIT ZOUDEN WE GRAAG DOOR MIDDEL VAN EEN VRAGENLIJST WILLEN ACHTERHALEN. WAT ZIJN DE PUNTEN WAAR HET VOOR ASIELZOEKERS OP VASTLOOPT IN ONZE GEZONDHEIDSZORG. NAAST DE PIJNPUNTEN, LIJKT HET ONS OOK ZEER BOEIEND OM TE ZIEN OP WELKE PUNTEN WE WEL GOED SCOREN. DOOR DEZE BEIDE UITERSTEN TE BEVRAGEN, KOMEN WE HOPELIJK TOT ENKELE ANTWOORDEN DIE ONS, ALS CENTRUMARTS, HET MOGELIJK MAKEN ZO GOED ALS MOGELIJK AAN DE VERWACHTINGEN VAN DE ASIELZOEKER TE VOLDOEN. ZO KUNNEN WE DE ASIELZOEKER HELPEN OM DE BELGISCHE GEZONDHEIDSZORG ZO POSITIEF MOGELIJK TE ERVAREN, MET ANDERE WOORDEN DE PATIËNTEN TEVREDENHEID ZO HOOG MOGELIJK TE MAKEN OM DE COMPLIANCE TE VERHOGEN EN ZO UITEINDELIJK TOT BETERE GEZONDHEIDSUITKOMSTEN TE KOMEN.

METHODE:

ALLEREERST WERD ER GEZOCHT IN DE LITERATUUR, VIA PUBMED, OF ER REEDS EERDER ONDERZOEK WERD GEDAAN ROND DEZE VRAAGSTELLING. DE VOORNAAMSTE ZOEKTERMEN WAREN O.A. REFUGEES, PRIMARY HEALTH CARE, ASYLUM SEEKERS, EXPERIENCES, COUNTRY OF RESETTLEMENT,… HIERUIT KWAMEN TAL VAN ARTIKELEN, MET VERSCHILLENDE RESULTATEN. DEZE RESULTATEN BEHANDELDEN VOORNAMELIJK DE THEMA'S TAAL, ARTS-PATIËNT RELATIE, TOEGANKELIJKHEID VAN ZORG EN DE KENNIS OVER ZORG. DE BEVINDINGEN ROND DEZE THEMA'S UIT DE LITERATUUR ZOUDEN WE GRAAG WILLEN VERGELIJKEN MET DE BEVINDINGEN UIT HET OPVANGCENTRUM TE ST-NIKLAAS.

DE MEDEWERKERS VAN HET OPVANGCENTRUM WAREN ZEER BLIJ MET DE AANDACHT VOOR DEZE PROBLEMATIEK EN WILDEN ZEER GRAAG MEEWERKEN. HET OPVANGCENTRUM VAN HET RODE KRUIS TE ST-NIKLAAS BEVAT EEN ZEER GEVARIEERDE POPULATIE. VAAK MERKEN WE DAT VERSCHILLENDE CULTUREN ANDERE MISVATTINGEN OF PROBLEMEN HEBBEN MET ONZE GEZONDHEIDSZORG. UIT DIT OPZICHT, ZOWEL ALS UIT PRAKTISCH OPZICHT, WERD GEOPTEERD OM ENKEL DE ARABISCH SPREKENDE POPULATIE TE BEVRAGEN DOOR MIDDEL VAN EEN ENQUÊTE. EERST WERD GEZOCHT NAAR REEDS BESTAANDE VRAGENLIJSTEN UIT NEDERLANDS ONDERZOEK. DE QUOTE-VRAGENLIJST DIE WE OP HET OOG HADDEN, BLEEK ECHTER GEDATEERD. HIERDOOR WERD BESLOTEN OM OP BASIS VAN REEDS BESTAANDE LITERATUUR, EN DE BEVINDINGEN IN DE PRAKTIJK ZELF EEN VRAGENLIJST OP TE STELLEN. DEZE WORDT VERTAALD NAAR HET ARABISCH DOOR EEN PROFESSIONELE TOLK. DE GROTE THEMA'S DIE WE GRAAG ZOUDEN BESPREKEN ZIJN OOK DEGENE DIE WE IN DE LITERATUUR HERHAALDELIJK ZAGEN TERUGKOMEN, NL. DE TAAL, DE ARTS-PATIËNTRELATIE, DE WERKING VAN ONZE GEZONDHEIDSZORG IN HET ALGEMEEN EN HUN KENNIS DAAROVER.

NA HET VERWERKEN VAN DEZE VRAGENLIJSTEN EN NA EEN GRONDIGE VERGELIJKINGEN MET DE BEVINDINGEN UIT DE LITERATUUR, WILLEN WE DE BELANGRIJKE PUNTEN UIT DE VRAGENLIJST HALEN EN BESPREKEN MET EEN KLEINE GROEP. DIT WILLEN WE LATEN GEBEUREN DOOR MIDDEL

VAN EEN SEMIGESTRUCTUREERD DIEPTE-INTERVIEW MET ENKELE BEWONERS. OP DEZE MANIER WILLEN WE BEKIJKEN HOE DE ASIELZOEKER ONZE GEZONDHEIDSZORG ERVAART, WAAR HIJ UITERST TEVREDEN OVER IS EN WAAR ER NOG WERK AAN DE WINKEL IS. OP DEZE MANIER KAN DAN IN DE TOEKOMST HOPELIJK GEWERKT WORDEN AAN EEN ZO VLOT MOGELIJKE SAMENWERKING, ALSOOK AAN EEN ZO POSITIEF MOGELIJKE ERVARING VOOR DE ASIELZOEKER.

INCLUSIE: ≥18 JAAR, ARABISCH SPREKEND, VERBLIJVEND IN HET OPVANGCENTRUM TE ST-NIKLAAS, REEDS GEBRUIK GEMAAKT VAN ONS GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM

EXCLUSIE: NIET-ARABISCH SPREKEND, <18 JAAR

CONCREET WILLEN WE DUS DOOR MIDDEL VAN DE VERKREGEN ANTWOORDEN UIT DE VRAGENLIJST KOMEN TOT EEN ALGEMEEN BEELD VAN HOE DE ASIELZOEKERS ONZE GEZONDHEIDSZORG ERVAART. WE WILLEN DAN OOK KIJKEN OF ER WERKPUNTEN ZIJN DIE ER UITSPRINGEN. DEZE WILLEN WE DAN IN EEN KLEINERE GROEP BESPREKEN MET ENKELE VAN DE ASIELZOEKERS. OP DEZE MANIER KOMEN WE HOPELIJK TOT MOGELIJKE OPLOSSINGEN VOOR DEZE WERKPUNTEN EN KUNNEN WE KOMEN TOT EEN OPTIMALE GEZONDHEIDSBELEVING VOOR DE ASIELZOEKER

Bijlage 6: medische intake centrum

MEDISCHE INTAKE

1.Kennismaking

Kennismaking met ons,verpleegkundigen en de medische ruimte.

2.Tuberculose – screening

Checken of dit reeds gebeurde op D.V.Z. Rx-kaartje in medisch dossier klasseren. Indien niet doorverwijzen naar volgend moment dat VRGT-bus langskomt.

3. Medisch systeem België

Bij ziekte:

1) medisch moment in oc : medisch begeleider beslist over doorverwijzing centrumarts

2) consultatie centrumarts (wekelijks) : arts zorgt voor verdere opvolging of verwijst door naar specialist

3) consultatie specialist : enkel na afspraak door medisch verantwoordelijke

Een consultatie bij de huisarts kost normaal 16€ .

Bepaalde medicatie kan enkel door de dokter worden gegeven (op voorschrift).Bv.antibiotica (wordt in België niet veel gegeven wegens gevaar resistentie).

4.Medisch systeem OC SINT-NIKLAAS

- Bij kleine zaken zoals hoofdpijn, keelpijn e.d. hebben we in de receptie een kleine voorraad medicatie waarmee kan geholpen worden.

- Indien een probleem, met je gezondheid mag/moet je naar de medische consultatiemomenten komen die uithangen aan het medisch lokaal (ma-wo-vr)

- Urgent probleem : receptie.

De medische begeleiders beslissen over al dan niet doorverwijzen naar de dokter.

Zij kunnen je :

• op donderdagnamiddag (vanaf 13u30) een afspraak geven bij de dokter in het centrum

• doorverwijzen naar de dokter thuis (met een briefje).

Als je een afspraak hebt

• moet je op tijd bij de dokter zijn.

• Moet je eerst wachten in de wachtzaal tot de dokter je binnenroept.

- Verblijf in een opvangcentrum wil zeggen dat je geholpen wordt voor dringende medische zaken. Wanneer het niet 100% duidelijk is of het om een dringende zorg gaat, dan zal dit

overlegd worden met de hoofdzetel van het RK te Mechelen.

- Wanneer u zonder medeweten van de medisch verantwoordelijken een arts consulteert of bvb een ambulance opbelt, zal u de kosten hiervoor zelf moeten dragen.

5.Hygiëne

Hygiëne – gezondheid: met meer dan 200 personen in opvangcentrum. D.i. voor iedereen de opdracht en verantwoordelijkheid m.b.t. zichzelf en medebewoners. Een aantal voorbeelden: toiletgebruik, de koffie /thee /melk, eigen kamer. Ook persoonlijke hygiëne: douchegebruik, verzorging, e.d..

6.Voeding

Maaltijden: 3x per dag, 1x warm-2x koud + avondsnack. ’s Avonds is er als dessert fruit voorzien.Deze voeding is een evenwichtige voeding.!!!Aandacht voor suikergebruik.

Drank: koffie/ melk/ thee/warm water

water is drinkbaar van de kraan (wordt door de overheid systematisch gecheckt)

7.Specifieke aandachtspunten

Volwassenen:

- gesprek rond anticonceptie.
- aangeven dat genitale verminking bespreekbaar is.

Studenten: indien ziek wettiging noodzakelijk d.w.z. ’s morgens voor 9u aangeven aan een begeleider + naar het medisch moment komen. De medische begeleiders bekijken dan of doorverwijzing naar een dokter noodzakelijk is. Blijf je zonder te verwittigen thuis,ook al ben je ziek,dan ben je onwettig afwezig op school.

Kinderen <6 jaar: “kind en gezin” i.v.m. vaccinatie.1 keer per maand op woensdagvoormiddag (4de woensdag van de maand – 9u ochtend)

Kinderen : Pampers (mini:56/ week/midi-maxi-junior:49 /week en bedplassers:7 /week)

Mineraal water (7 per week) tot 1 jaar elke dinsdag 13u

Baby voeding :Borstvoeding/poedermelk

Groente & fruitpap

8.Anamnese

Bevragen van bewoners (adhv vragenlijst) : invullen medisch dossier

INTAKE MEDISCH

NAAM: Taal: GSM-nr:

NBMV: ° gewicht: ° lengte:

andere uiterlijke kenmerken:

ALGEMENE INFO MEDISCH

Medisch moment: maandag, woensdag, vrijdag

Dokter: donderdag: altijd via medisch moment

Tandarts: via receptie (niet nodig via medisch moment)

Externe afspraken:

- Uitdelen elke donderdag bij zakgeld.

- Vanuit receptie, checken op de ppt aan receptie

Kleine problemen (bv hoofdpijn of dergelijke) -> medicatie in receptie

Beroepsgeheim

Dossier: documenten via receptie aan ons bezorgen voor kopie, origineel nadien terug in receptie

Info psychosoc: via IB of medisch

Mogelijkheid anticonceptie / condooms via medisch of receptie

Medicatie: ligt klaar in receptie -> indien niet duidelijk: vragen aan persoon in receptie, of via medisch

Externe afspraken / specialisten:

- kan even duren

- via huisarts

- kostprijs (bv huisarts: 25€ bv gynaeco of andere specialist: 45€ of meer)

- afspraken (intern/extern): kom op tijd, zet GSM uit of stil, wacht in wachtzaal tot dokter je roept

- Gemaakte afspraken nakomen of ten minste 48u op voorhand laten weten indien je niet kan.

Info rond vrouwelijke genitale verminking

SPECIFIEK MEDISCHE INFO

- TB: RX DVZ ok?

- vaccinaties: meedelen dat zij voor 2de vaccins binnen 1 maand worden uitgenodigd!

- polio: reeds gehad. Zo niet of slechts gedeeltelijk: verder inplannen

- andere: bij <18j: overlopen lijst

- zwanger?

- gekende chronische aandoeningen?

zo ja: welke?

- medicatie?

- dieet?

- allergie?

- verslavingen? medicatie, sigaretten, alcohol, andere,…

Kleine kinderen:

- Naam en geboortedatum

- Nationaliteit geboorte

- Naam, geboortedatum en nationaliteit ouders

- Bevalling (spontaan/sectio)

- Zwangerschapsduur

- Pariteit (aantal keren dat mama bevallen is)

- Startvoeding (borstvoeding/flesvoeding)

- Bij geboorte: gewicht, lengte en hoofdomtrek

- Taal moeder-kind

- Taal dienstverlening

- Opleiding moeder

- Een-oudergezin: ja/nee

Info:

- borstvoeding / flesvoeding

- pampers

-> info bedeling dinsdag 13u

- ander noodzakelijk materiaal? (papfles, tutje, lepeltje, fruitpers en –rasp,…)

- info K&G: vierde woensdag van de maand

- info tieners: als door ziekte niet naar school: om 10u melden bij medische via receptie!

- andere vragen?